

# **Der Schmerz im Pflegehandeln**

## **Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. phil.**

**im Fach Erziehungswissenschaften**

Tag der Verteidigung: 09.07.2015

an der Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftlichen  
Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin

von

Dipl. Pflegepäd. Daniela Patan

Präsident der Humboldt-Universität zu Berlin

Prof. Dr. Jan-Hendrik Olbertz

Dekanin der Kultur-, Sozial- und Bildungswissenschaftlichen  
Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin

Prof. Dr. Julia von Blumenthal

Gutachter/Gutachterinnen:

1. Prof. Dr. Wiltrud Gieseke

2. Prof. Dr. Jürgen Osterbrink

## **Danksagung**

Nach vielen Jahren intensiver Arbeit liegt sie nun vor Ihnen: meine Dissertation. Damit ist es an der Zeit, mich bei denjenigen zu bedanken, die mich in dieser turbulenten Zeit unterstützt haben.

Zu besonderem Dank bin ich Frau Professorin Dr. Wiltrud Gieseke verpflichtet. Ohne ihre Klarheit und ihre Entwicklungsarbeit an meiner Person, wäre diese Arbeit wohl nie fertig geworden. Ebenso geht mein Dank an meine gesamte Familie. Meine Mutter hat jeden Abschnitt hinterfragt, alle Höhen und Tiefen gefeiert und getröstet. Ihr sei ganz besonders gedankt. Gestattet sei ein stiller Gruß an meinen Vater. Er hat das Ende der Dissertation leider nicht erlebt.

Nicht minder aufreibend waren die vergangenen Jahre für meinen Lebenspartner Michael. Er hat dieses Werk in allen Phasen mit jeder möglichen Unterstützung bedacht. Gestattet sei ein Gruß an unseren kleinen Sohn Kilian. Seine Geburt beflügelte meine Arbeit.

Daneben, dazwischen, näher und weiter gab es viele Menschen im Freundes- und Kollegenkreis, die mich vielfältig unterstützt haben.

Wenn Du ein Schiff bauen willst, dann trommle nicht die Männer zusammen, um Holz zusammenzutragen, Bretter zu schneiden und um Arbeit zu verteilen. Wecke die Sehnsucht nach dem Meer. (Antoine de Saint-Exupéry)

Pattensen, Dezember 2014

Daniela Patan

## Kurzdarstellung

Der Prozess der Schmerzwahrnehmung durch Pflegekräfte stellt eine Herausforderung dar. Schmerz wird individuell erlebt und ist daher eine objektiv nicht messbare Empfindung. Die Schmerzeinschätzung soll den subjektiven Charakter des Schmerzes bewahren. Die eigenen Erfahrungen und Umgangsweisen der Pflegekräfte spielen oft bei der Wahrnehmung und Beurteilung der vom Betroffenen geäußerten Schmerzen eine Rolle. Die Schmerzwahrnehmung ist defizitär.

Deshalb widmet sich die Dissertation der Fragestellung, inwieweit bestehende Einflussfaktoren des Pflegehandelns, mit Bezug zum Phänomen Schmerz, den Aspekt der Schmerzwahrnehmung von Pflegekräften beeinflussen können. Es findet die Entschlüsselung von Faktoren, welche das Pflegehandeln beeinflussen können statt. Diese Faktoren bilden Themen, welche im Theorieteil dieser Arbeit vorgestellt werden. Im Zuge dessen werden Analysen verschiedener Facetten bzw. Bezüge des Schmerzes und die Auswirkung auf die pflegerische Schmerzwahrnehmung vorgenommen. Sie dienen der Weiterführung, Eingrenzung und Abklärung. Im Ergebnis der Dissertation entstand ein Curriculum für Bildungsteilnehmer der Gesundheits- und Krankenpflege: „Schmerzmanagement für Bildungsteilnehmer der Gesundheits- und Krankenpflege“.

Sind die Bildungsteilnehmer nach Vermittlung der Hälfte des Gesamtcurriculums in der Lage, Schmerz bei den ihnen anvertrauten Patienten wahrzunehmen und dann adäquat zu handeln? Diese Arbeit zeigt auf, ob es gelingt, durch gezielte Themenauswahl und Vermittlung dieser Themen im Unterricht der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, positiven Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung der Bildungsteilnehmer zu nehmen. Die Wahrnehmungsfähigkeit der Bildungsteilnehmer im Hinblick auf Schmerz soll geweckt bzw. gefördert werden. Lehrende in der Pflege sollen Argumente erhalten, wie das Einbringen aktueller Erkenntnisse die Professionalisierung der Pflege fördern kann. Möglichkeiten und Grenzen diese Erkenntnisse in die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften zu implementieren, werden Kerngedanken dieser Arbeit sein. Hinsichtlich der berufspraktischen Dimension soll diese Arbeit eine praxisdienliche Funktion beanspruchen.

## **Abstract**

Recognising pain correctly is a huge challenge for the nursing staff because pain as such is individual and therefore cannot be measured objectively. This is also why pain assessment is supposed to preserve this subjectivity. The caregivers' own experiences and ways of handling pain, however, often play an essential role in their perception and assessment of the pains that are expressed by the affected patients. Thus, the recognition of pain is deficient.

Consequently, this doctoral thesis will try to answer the question to what extent consisting pain-related factors that influence nursing can also affect caregivers' perception of pain. To achieve this objective, the paper will firstly identify the factors that possibly influence the nursing process. Each factor will then be treated as separate subtopic and presented in detail in the theoretical part. As part of this introduction different aspects or effects of pain and their impact on caregivers' perception of pain will then be analysed to continue, narrow down and clarify this topic. As a result of this doctoral thesis, the author will finally be able to elaborate a curriculum for the participants in healthcare and nursing education entitled "Pain Management for Participants in Healthcare and Nursing Education".

However, the core question is the following: "Will participants in education be actually able to recognise the pain of the patients they are caring for and respond appropriately after having learnt one half of the total curriculum? This thesis will show whether it is possible to positively influence the participants' pain perception by carefully selecting and teaching the respective issues in healthcare and nursing education classes. Thus, the participants' perceptiveness with respect to pain shall be developed or rather fostered. Teachers in nursing education, in turn, shall be provided with arguments about how the inclusion of the latest findings can increase the professionalisation of care. To point out the possibilities and limits of an implementation of these findings in the education and training of nursing staff will hence be the key issue of the present thesis. With respect to the dimension of the practical professional experience, at last, this work is meant to help improve the nursing practice.

# Inhaltsverzeichnis

<b>EINLEITUNG UND PROBLEMLAGE</b>	<b>7</b>
<b>1 DAS PHÄNOMEN „SCHMERZ“ ALS BEGRIFF</b>	<b>10</b>
1.2 Schmerz und physiologische Zugänge	12
1.3 Schmerz und psychologische Zugänge	17
<b>2 SCHMERZ IM KONTEXT</b>	<b>21</b>
2.1 Der Wandel im Schmerzverständnis	21
2.2 Schmerz als Gegenstand pflegewissenschaftlicher Diskussionen	24
o <b>EXPERTINNENSTANDARD FÖRDERUNG DER PHYSIOLOGISCHEN GEBURT (2013)</b>	<b>25</b>
2.3 Schmerz und philosophisch-kulturwissenschaftliche Aspekte	30
2.4 Schmerz im literarischen Diskurs	46
2.6 Der Schmerzpatient – Charakterisierung	59
2.6.1 Schmerz im Alter	61
2.6.2 Schmerz bei Kindern und Jugendlichen	65
2.6.3 Gender und Schmerz	70
2.7 Wie sich Pflegende an die Schmerzen ihrer Patienten erinnern	73
2.8 Schmerzmanagement in der Pflege	74
2.9 Situation und Rolle der Pflegekräfte im Schmerzmanagement	75
2.10 Anforderungen (Auswahl) an Pflegekräfte im Schmerzmanagement	77
2.10.1 Schmerz wahrnehmen	84
2.10.2 Schmerz-Assessment	91
2.10.3 Schmerz einschätzen	96
2.10.3.1 Schmerzeinschätzung und Empathie	99
2.10.3.2 Schmerzeinschätzung und Emotionen	102
2.10.3.3 Schmerzeinschätzung und Kommunikation	104
2.11 Handeln–Pflegehandeln –Wissenstransfer–Handlungsmöglichkeit "Kurriculum"	108
<b>3 ÜBER DAS SPANNUNGSVERHÄLTNIS ZWISCHEN AUS- UND WEITERBILDUNG</b>	<b>136</b>
3.1 Erwachsene und Lernen	142
3.2. Die Thematik „Schmerz“ in Aus-, Fort-und Weiterbildung	147
3.2.1 Kurriculare Verankerung der Thematik in der Ausbildung	149
3.2.2 Inhaltsanalysen von Fort-und Weiterbildungen „Schmerzmanagement“	155
3.2.3 Aktuelles vom Schmerzmanagement in der Pflege	162
<b>4 GRUNDGEDANKEN ZUR ENTWICKLUNG DES KURRICULUMS</b>	<b>163</b>

<b>5 ZUR WISSENSCHAFTLICHEN UNTERSUCHUNG</b>	<b>168</b>
<b>5.1 Vorbereitung der Untersuchung</b>	<b>168</b>
5.1.1    Wissenschaftliche Fragestellungen/Hauptforschungsfrage	169
5.1.2    Ziele	170
5.1.3    Hypothesen	170
<b>5.2    Forschungsdesign</b>	<b>171</b>
5.2.1    Methodenauswahl und Darstellung der Methode: „Aktionsforschung“	171
5.2.2    Erläuterungen zum Beobachtungsprotokoll/zur Erhebung der Daten	176
5.2.3    Darstellung und Deutung der Daten	178
<b>6 ERGEBNISSDARSTELLUNG „AKTIONSFORSCHUNG“</b>	<b>187</b>
<b>6.1 Diskussion und Schlussfolgerungen</b>	<b>197</b>
<b>7 ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>205</b>
<b>8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b>	<b>208</b>
<b>9 TABELLENVERZEICHNIS</b>	<b>209</b>
<b>10 LITERATUR</b>	<b>211</b>
<b>11 ANHANG</b>	<b>222</b>
<b>11.1 ANHANG A: FRAGEBOGEN ZUR ERKUNDENDEN ANALYSE S. KAPITEL 3.2.2.1</b>	<b>223</b>
<b>11.2 ANHANG B: KURRICULUM „DER SCHMERZ IM PFLEGEHANDELN“</b>	<b>224</b>

# Theorieteil

## Einleitung und Problemlage

Eine intensive theoretische Auseinandersetzung mit dieser Problematik erfolgte bereits im Rahmen meiner Diplomarbeit mit dem Thema: „Die Vermittlung von Sozialkompetenz in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege durch den Einsatz der Projektmethode – dargestellt am Beispiel der Projektthematik "Schmerzpatienten<sup>1</sup> in der Pflege" (2006).

Durch meine dabei gewonnen Erfahrungen hat diese Thematik für mich bis heute eine besondere Relevanz. Die in unterschiedlichen Zusammenhängen immer wieder bewusst wahrgenommene Kluft zwischen normativen Handlungsabläufen im Umgang mit Schmerzpatienten und alltäglicher Pflegepraxis stellte für mich einen wesentlichen Impuls für diese Arbeit dar. Besondere Defizite bestehen immer noch im Bereich der Schmerzwahrnehmung von Pflegenden, sodass<sup>2</sup> hier dringender pflegepädagogischer Handlungsbedarf ist.

Entlang dieser nicht vorurteilsfreien Bewertung versteht sich diese Untersuchung als ein pflegepädagogisch-sozialwissenschaftlicher Beitrag. Pflegehandlungen in Verbindung mit dem Phänomen Schmerz werden in Annäherung an das, was als gute Pflege bestimmt beziehungsweise angesehen werden kann beschrieben und für die Aufnahme in ein Curriculum der Pflegeausbildung vorbereitet.

Die subjektive Bedeutung der vorliegenden Untersuchung erschließt sich aus meiner langjährigen beruflichen Tätigkeit als Krankenschwester sowie meiner beruflichen Tätigkeit als Diplom-Pflegepädagogin. Lehrende in der Pflege sollen Kenntnisse darüber erhalten, wie das Einbringen aktueller Erkenntnisse die Professionalisierung der Pflege fördern kann. Möglichkeiten und Grenzen diese Erkenntnisse in die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften zu implementieren, werden Kerngedanken dieser Arbeit sein.

---

<sup>1</sup> Beim Schreiben der vorliegenden Arbeit hat die Autorin versucht, möglichst das feminine und das maskuline Geschlecht bei Personen oder Berufsbezeichnungen zu verwenden, wenn beide gemeint sind. Daher finden sich fast durchgängig männliche und weibliche Bezeichnungen. Wo es möglich war, wurde versucht, einen neutralen Ausdruck - wie zum Beispiel ärztliches Personal, Auszubildende oder Lehrende - zu finden. Wo dies nicht gelungen ist, weil es zum Beispiel den Lesefluss deutlich gehemmt hätte oder Begriffe wie „Pflegepersonal-Patient-Beziehung“ nur umständlich mit beiden Geschlechtern zu korrigieren gewesen wären, werden die Leserinnen und Leser gebeten, in Gedanken immer das andere Geschlecht hinzuzufügen. Innerhalb von Zitaten kommt es vor, dass nur eine Form geschrieben wird, obwohl beide gemeint sind oder sich der orthografisch nicht korrekten Pluralform mit dem Großbuchstaben „I“ bedient wurde; für diese und alle anderen Varianten sind die jeweiligen Autoren und Autorinnen verantwortlich.

<sup>2</sup> Die Promotionsschrift folgt der am 1. August 2006 in Kraft getretenen sogenannten „neuen deutschen Rechtschreibung“.

Hinsichtlich der berufspraktischen Dimension soll diese Arbeit eine praxisdienliche Funktion beanspruchen.

Dem professionellen Umgang mit Schmerz kommt für die Qualitätsentwicklung in unserem Gesundheitswesen eine zentrale Bedeutung zu, so die Einschätzung von Barbara Jung, Fachkinderkrankenschwester, Gesundheitswissenschaftlerin und Pflegedirektorin an der Berliner Charité.

Gemeinsam mit anderen Spezialisten erarbeitete sie 2003-2005 im *Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* (DNQP) den Expertenstandard zum Thema Schmerzmanagement in der Pflege. Eine zentrale Aussage Jungs ist:

Chronische Schmerzen sind nicht nur ein somatisches Problem, sondern weisen auch wichtige psychologische Aspekte auf wie beeinträchtigte Stimmung, Gefühle der Hilflosigkeit und familiäre Konflikte. Birbaumer hat vorgeschlagen, Schmerz auf der verbal-subjektiven, der verhaltenmäßigen und der physiologisch-organischen Ebene zu erfassen.<sup>3</sup>

Schmerz ist als Krankheit ist noch immer nicht besiegt. Manche Schmerzen nehmen trotz aller medizinischen Bemühungen zu, man hat fast den Eindruck, gewisse gesellschaftliche Bedingungen fördern das Auftreten und die Häufigkeit von Schmerzen. Zu nennen wären: die zunehmende Mechanisierung des Alltags, aber auch Hektik, Zeitdruck und die Vernachlässigung von körperlichen Bedürfnissen der Bewegung und der Entspannung. (vgl. Gadamer, Hans-Georg, 2003)

Das Phänomen Schmerz ist multidimensional und existiert in einer spezifischen Person, deren psychosozialer, ökonomischer und finanzieller Hintergrund die Schmerzerfahrung und die verbale und nonverbale Schmerzäußerung mitbestimmt.<sup>4</sup> (vgl. Royal College of Anaesthetists, 1990, S.5 in Osterbrink, Jürgen 2006) Auch diese Faktoren beeinflussen das Phänomen Schmerz.

Der Philosoph Gadamer drückt Schmerz wie folgt aus: „Die eigentliche Dimension des Lebens wird im Schmerz erahnbar.“ (vgl. Gadamer, Hans-Georg, 2003, S.48)

Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann die Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigen und außerdem zusätzliche Kosten verursachen. Jungck (2001) geht davon aus, dass eine optimale Schmerztherapie nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, sondern auch Kosten reduziert, welche in Deutschland im Jahr 2001 für acht Millionen Schmerzpatienten bei 25-30 Milliarden Euro lagen. (vgl. Jungck, Dietrich, 2001)

---

<sup>3</sup> Herta Flor et al., "Zur Anwendbarkeit des West Haven-Yale Multidimensional PainInventory im deutschen Sprachraum", *Der Schmerz*, Springer 4-1990, S. 82

<sup>4</sup> Die Zitation erfolgt gemäß der Harvard-Methode, allerdings wurde bei der Erstnennung zusätzlich der Vorname der Autorin oder des Autors mit aufgenommen. Alle Jahresangaben entsprechen der christlichen Zeitrechnung.



„Mangelndes Wissen und falsche Überzeugungen seitens der Patienten, Pflegenden und Ärzte sind wesentliche Ursachen für eine inadäquate Schmerzbehandlung. Patienten verhalten sich eher zurückhaltend, wenn es darum geht, nach einem Schmerzmittel zu verlangen.“ (Bartholomeyczik, Sabine; Nonn, R. Cleo, 2005, S. 37) Osterbrink (2006) schlussfolgert, dass die Identifikation von Schmerzpatienten durch das interprofessionelle Team ein Problemfeld in der Praxis darstellt.

Seit dem 1. Januar 2004 hat der Nationale Expertenstandard zum pflegerischen Schmerzmanagement bei akuten<sup>5</sup> oder tumorbedingten chronischen<sup>6</sup> Schmerzen in Deutschland bundesweite Gültigkeit. Eine erste Aktualisierung (Dezember 2011) des Expertenstandards existiert zum Thema: Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Seit März 2014 gibt es den neuen Expertenstandard: Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischem Schmerz.

Die vom *Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege* (DNQP), einem bundesweiten Zusammenschluss von Pflegefachexperten, herausgegebenen Expertenstandards, haben für die nationale Pflege eine wesentliche Bedeutung. Sie sind pflegewissenschaftlich fundiert und die Methodik orientiert sich an der Entwicklung ärztlicher Leitlinien, die auf der Basis eines Überblicks des wissenschaftlichen Kenntnisstandes, überprüfbarer Therapieerfolge und Expertenkonsense erarbeitet werden. Analog zur medizinischen Leitlinienfindung über die evidenzbasierte Medizin, wird in der Pflege das Evidence-Based Nursing eingesetzt. In der deutschen Rechtsprechung werden die Expertenstandards als Darstellung des anerkannten und aktuellen Stands der Pflegeforschung angesehen. Somit findet er Anwendung in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften.

Die bloße Existenz und Implementierung des Nationalen Expertenstandards von „Schmerzmanagement“ reicht nicht aus, um das Pflegehandeln nachhaltig zu beeinflussen. Das Spezifische im Pflegehandeln mit dem Schmerzpatienten muss entschlüsselt und verstanden werden, um positiv (patientenorientiert) handeln zu können.

Sander (2002) untersuchte daher Möglichkeiten zur Gestaltung von Lerntransfers in der beruflichen Weiterbildung von Pflegekräften und stellte Konzepte zur Förderung des Lerntransfers in der Weiterbildung zur Pflegefachkraft vor.

---

<sup>5</sup> Ist ein zeitlich limitierter Schmerz, der als Reaktion auf Schmerzentstehung und Schmerzweiterleitung wahrgenommen wird.

<sup>6</sup> Lang andauernde Schmerzen, die durch direkte Beeinträchtigung von Gewebestrukturen durch den Tumor hervorgerufen werden. So kann der Tumor zum Beispiel Druck auf benachbartes Gewebe ausüben, in Nervenbahnen hineinwachsen und schmerzauslösende Stoffe – so genannte Schmerzmediatoren – freisetzen.

Sie führt an, dass der Transfer von Inhalten beruflicher Weiterbildungsmaßnahmen in den beruflichen Alltag durch Methoden unterstützt werden kann, die sowohl auf die Belange und Anforderungen der Praxis eingehen als auch die kognitiven Strukturen und Handlungsmuster Pflegender einbeziehen und miteinander verbinden. (vgl. Sander, Ortrud, 2002)

Zur Entschlüsselung des Pflegehandelns mit Bezug zum Schmerz, ist die Analyse verschiedener Facetten beziehungsweise Bezüge des Schmerzes erforderlich.

Aus diesen Entschlüsselungen, wurde das Kurriculm „Schmerzmanagement für Bildungsteilnehmer der Gesundheits- und Krankenpflege“ entwickelt, zur Hälfte vermittelt und der Wissentransfer in die Praxis überprüft.



Schmerzpatienten → Handlungen von Pflegenden → Schmerzpatienten

Abbildung 1: Erfolgreiches Schmerzmanagement im Pflegehandeln beeinflusst das Befinden von Schmerzpatienten positiv. (Patan in Anl. die Hypothesen dieser Arbeit, vorliegend erstellt)

## 1 Das Phänomen „Schmerz“ als Begriff

Das Besondere der individuellen Situation eines Menschen mit Schmerz lässt sich nur verstehen, wenn die im Zusammenhang mit dem Phänomen „Schmerz“ bestehenden Begriffsbestimmungen beachtet werden. Damit kehrt die Pflege auf der Suche nach einer zukunftsfähigen Identität zu einer Grundhaltung der ganzheitlichen Pflege zurück. Diese Reaktion wird sich auf die Pflegehandlungen beziehungsweise das Pflegehandeln am Schmerzpatienten auswirken.

Claudia Bischoff-Wanner arbeitete in ihrer Dissertation zum Thema „Empathie in der Pflege“. Hier fand sich in diesem Kontext eine Aussage zum Schmerz, Aussagen zur Empathie werde ich später entwickeln.

Rooper verfasste zum Schmerz folgende Aussage:

Der Schmerz ist vielleicht das Häufigste aller Anzeichen und Symptom einer Krankheit; obwohl Schmerzen manchmal beinahe unerträglich scheinen, stellen sie doch einen Schutzmechanismus dar: sie dienen als Alarmsignal. Schmerzen sind die Reaktionen des Körpers auf einen der vielen möglichen Stressoren, die von Mikroorganismen bis zu einem Trauma reichen können. (Rooper, Nancy in Binggeli 1998, S.22)

Mc Caffery (1997) rückt den Schmerzpatienten ins Zentrum ihrer Schmerzdefinition und bezeichnet den Schmerz als das, was der Patient sagt. Dabei existiert er, wann immer der Patient es sagt. (vgl. Mc Caffery, Margo, 1997, S.12)

Diese Begriffbestimmung verweist und appelliert an die Haltung von Pflegenden dem Patienten gegenüber. Genau dieser Haltung der Pflegekräfte zeigt sich im Pflegehandeln auch in ihrer Handlungskompetenz.

Die Handlungskompetenz von Pflegekräften hat großen Einfluss auf ein erfolgreiches Schmerzmanagement. Wissensdefizite und unangepasste Einstellungen gegenüber PatientInnen mit Schmerz, werden als Barrieren eines effektiven Schmerzmanagements identifiziert. (vgl. Mc Caffery, Pesero 1999, Strohbrücker 2004)

Der kranke Mensch steht im Mittelpunkt aller pflegerischen Überlegungen. Der von den Pflegenden erhobene Anspruch, die Patienten ganzheitlich zu betreuen, beinhaltet auch empathische Beziehungen mit den Patienten einzugehen. Dieser Anspruch war immer Teil berufsideologischer Selbstdefinition, wobei von Pflegenden erwartet wird empathisch sein zu können und dementsprechend individuell und einfühlsam zu handeln. (Bischoff-Wanner, Claudia, 2001, S. 4)

Bader (2001) beschreibt in seinem Buch, dass wir unter Schmerzen geboren werden und wir uns fürchten, in Schmerzen sterben zu müssen. Wann immer wir uns aber der Gesundheit erfreuen, sind wir gleichsam mit Schmerzen konfrontiert, die plötzlich in uns aufbrechen oder auf uns einbrechen können, sei es als Symptom eines längst abgelaufenen Krankheitsprozesses oder als Folge einer zufälligen äußeren Einwirkung. (vgl. Bader, Rene, 2001)

Im Pschyrembel steht über Schmerz, dass eine Vielzahl den Körper schädigende Einwirkungen und Reizarten Schmerzen verursachen kann. Jede Schmerzempfindung besitzt primär eine emotional unangenehme Komponente. (Pschyrembel 1986, S.1510)

Schmerz wird im medizinischen Sinne als leibhafter Ausdruck einer krankhaften Störung beschrieben. Worte, wie Pein (Englisch „pain“, Französisch „douleur“, Mittellateinisch „pena“, Niederdeutsch „pien“), Trübsal und Leid, Gram und Kummer charakterisieren Schmerz ebenso.

Hier wird bereits deutlich, dass der Schmerz als multidimensionelles Geschehen auch religiös und philosophisch betrachtet werden muss.

Beck et al. (2002) gehen davon aus, dass Menschen sich schon frühzeitig gewehrt haben, sich dem Schmerz bedingungslos zu unterwerfen. Sie suchten nach Ursachen der Schmerzentstehung und Möglichkeiten der Schmerzbekämpfung. (vgl. Beck, Hans et al. 2002)

Der Schmerz ist ein furchtbarer Herr als der Tod – schrieb der Theologe und Missionsarzt Albert Schweizer in seinem Buch *Zwischen Wasser und Urwald*.

Wem eigene Schmerzen erspart bleiben, der muss sich aufgerufen fühlen, die Schmerzen anderer zu lindern. (Albert Schweitzer, 1875-1965)

Obwohl Schmerz ein allgegenwärtiges Phänomen ist, entzieht er sich einfachen und eindeutigen Definitionen. Zunächst lässt er sich – rein physiologisch – als *Sinneswahrnehmung* beschreiben; als die Wahrnehmung, daß der Körper an irgendeiner Stelle Schaden nimmt oder zu nehmen droht. Schmerz ist aber nicht nur reine Sinneswahrnehmung. Hinzu treten *emotionale* und *bewertende* Elemente, die den Schmerz z.B. als bedrohlich oder quälend, als bedeutend oder nebensächlich einordnen und den Umgang mit ihm bestimmen. (Schäffler, Arne et al., 1997, S. 526)

## **1.2 Schmerz und physiologische Zugänge**

Unsere Alltagserfahrungen mit Schmerz legen die Vermutung nahe, daß Schmerz in den meisten Fällen ein körperliches Problem ist. Falls dies zutrifft, wäre zu erwarten, dass der somatische Befund weitgehend das Befinden der Patienten bestimmt, dass also bei Kenntnis des Befundes das Befinden, hier definiert als Schmerz, Behinderung und psychische Belastung, weitgehend erklärt ist. (vgl. Nilges, Paul; Gerbershagen, Hans-Ulrich, 1984)

Schmerzen können nach dem Entstehungsort eingeteilt werden, zum Beispiel in Bauchschmerzen, Beinschmerzen, Brustschmerzen; nach der Entstehungsursache, zum Beispiel in Tumorschmerzen, postoperative Schmerzen; nach der Zeitdauer, zum Beispiel in akute Schmerzen (Operationsschmerzen), chronische Schmerzen (Tumor-schmerzen, Rückenschmerzen); nach pathogenetischen Kriterien, zum Beispiel in Nozizeptorschmerzen, neuropathische Schmerzen oder psychogene

Schmerzen. Dabei können die Nozizeptorschmerzen wieder unterteilt werden in somatische (oberflächliche und tiefe) und in viszerale (Eingeweide) Schmerzen. Bei den neuropathischen Schmerzen, zu denen etwa Phantomschmerzen zählen, werden Schmerzen der peripheren Nerven des Zentralnervensystems und der Nervenwurzel unterschieden. Schmerzen im Bewegungsapparat zählen zu den häufigsten Schmerzformen überhaupt. Gerade die Klassifikation von Schmerzen nach Ort, Ursache und Stärke gibt wichtige Auskunft für die Auswahl der Medikamente (Schmidt 1991 in: Likar, Rudolf et al. 2009, S.21).

Schmerz tritt in den Verlaufsformen „akuter Schmerz“ oder „chronischer Schmerz“ auf. Die Experten des DNQP<sup>7</sup> geben im Expertenstandard: Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen zum Begriff „akuter Schmerz“ folgende Erklärung:

Akuter Schmerz ist ein plötzlich auftretender und einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in einem offensichtlichen und direkten Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht. Er nimmt eine lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion ein, die sich auch durch physiologische Begleiterscheinungen zeigt. Dazu gehören u. a. der Anstieg des Blutdrucks, des Pulses und der Atemfrequenz. Chronischer Schmerz hingegen wird als ein Schmerz beschrieben, der länger als drei oder sechs Monate anhält. Weitere Prädiktoren sind physische und psychische Komorbiditäten und Angststörungen. (DNQP, Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 2011, S. 23)

Unzureichend behandelte akute Schmerzen bergen ein großes Risiko, sie können chronisch werden.

Man spricht dann von einem chronischen Schmerz, wenn er nach Heilung einer Erkrankung immer noch existiert. Dies bedeutet, dass er zu einer eigenständigen Erkrankung geworden ist.

Die Experten des DNQP<sup>8</sup> geben in den Arbeitstexten zur 8. Konsensuskonferenz in der Pflege mit dem Thema: Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen zum Begriff „chronischer Schmerz“ folgende Erklärung:

Eine klare Abgrenzung und ein genauer Beginn der Chronifizierung sind schwer festzulegen, da der Übergang vom akuten Schmerz stetig, unterschiedlich progressiv und abhängig vom einzelnen Schmerzbild verläuft. Eine kontinuierliche Betrachtung der Kriterien Intensität der Pathologie und Dauer sowie das wechselseitige und dynamische Zusammenspiel pathologischer und psychologischer Faktoren werden als wichtige Besonderheit der Chronifizierung identifiziert. (DNQP, Arbeitstexten zur 8. Konsensuskonferenz in der Pflege mit dem Thema: „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, 2013, S. 16)

Das vor über Tausenden von Jahren entwickelte sensorische System, welches unser Gehirn ständig über Veränderungen informiert, ist bemerkenswert. Diese Sinneswahrnehmung enthält auch ein so genanntes Gefahrenmeldesystem, welches

---

<sup>7</sup> DNQP-Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

<sup>8</sup> DNQP-Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

unser Gehirn vor drohenden oder tatsächlichen Gefahren warnt. Durch Verknüpfung mit Riechen, Sehen, Hören und Schmecken sind wir Menschen in der Lage, Verstand und Gedächtnis zur Vorbeugung vor Gefahren einzusetzen. (vgl. Butler, David S.; Moseley, Lorimer G. 2009)

Schmerz hat die Aufgabe, bestehende oder drohende Gewebsschäden zu registrieren und an übergeordnete, integrierende Zentren des Nervensystems zu melden. Alle Strukturen, die an der Verarbeitung von Schmerzen beteiligt sind, werden als nozizeptives System zusammengefasst. (vgl. Nauck, Friedemann, 2002, S.8)

Zenz und Jurna (1993) beschreiben, dass fast überall in unserem Körper Millionen Sensoren (Nozizeptoren) als freie Nervenendigungen vorhanden sind. Die Nozizeptoren leiten ihre Impulse über A-delta und C-Fasern zum Rückenmark und Hirnstamm. Synapsen realisieren nun die Verschaltung auf zentrale Neurone. Wahrnehmung und Verhalten sind integrative Leistungen des Zentralnervensystems. (vgl. Zenz, Michael; Jurna, Ilmar, 1993)

Schäffler, Arne et al. (1997) führen zur Schmerzentstehung aus:

Das Schmerzsignal gelangt über periphere Nerven zunächst zum Rückenmark. Dort werden spezifische Substanzen als Überträgerstoffe des Nervensystems (Neurotransmitter) freigesetzt. Sie vermitteln die Weiterleitung des Schmerzsignals über die Nervenzellen des Rückenmarks. Die Erregung gelangt dann über die Vorderseitenstrangbahn des Rückenmarks zum Thalamus und von dort zur Großhirnrinde. Schutzreflexe des Rückenmarks sorgen dafür, daß man sich der Ursache eines schmerzhaften Reizes entzieht, noch bevor man ihn bewußt wahrnimmt – so zuckt die Hand vor der Herdplatte zurück, bevor wir den Schmerz der Verbrennung spüren. Auch die Weiterleitung des Schmerzes wird bereits auf Rückenmarksebene erheblich beeinflusst. Hemmsysteme können die Weiterleitung eines Schmerzsignals verringern oder ganz unterdrücken. Im Großhirn erreichen Schmerzsignale über den Thalamus die sensorischen Rindenfelder. Jetzt erst dringt der Schmerz ins Bewusstsein. (Schäffler, Arne et al., 1997, S. 527)

An der Entstehung von Schmerzen sind zahlreiche biochemische und neurophysiologische Vorgänge beteiligt: Im Wesentlichen entstehen Schmerzreize dann, wenn Nozizeptoren (freie baumförmig verzweigte Nervenendigungen von dünnen afferenten markhaltigen schnellleitenden A- oder langsam leitenden marklosen C-Nervenfasern) durch verschiedene Auslöser, wie thermische (Hitze, Kälte), mechanische (Durchtrennung, starker Druck) oder chemische (Säuren) Reize erregt werden. Solche Nozizeptoren finden sich jeweils in Organen der Peripherie oder des Körperinneren in der Haut, der Blase, der Skelettmuskulatur, in Sehnen und Gelenken. Diese Nozizeptoren „schlafen“ zu einem großen Teil. Erst bei einer Entzündung werden sie aktiviert. (Likar, Rudolf et al. 2009, S. 22)

„Diese nozizeptiven Nervenfasern enden im Hinterhorn des Rückenmarks. Hier finden unter anderem die Verschaltungen zu motorischen und vegetativen Effekten statt, was zu Fluchtreflexen und sympathischen Reflexen führt.“ Die neuen

Ergebnisse der Schmerzforschung zur zentralnervösen Neuroplastizität<sup>9</sup> und zu den Lernvorgängen im Hinterhorn des Rückenmarks liefern sehr gute Möglichkeiten, den Entstehungsmechanismus von Schmerzüberempfindlichkeit (Hyperalgesie) und einiger Formen chronischer Schmerzen zu verstehen: Langfristige Veränderungen im Nervensystem lassen sich heute mit molekularbiologischen und biochemischen Methoden nachweisen. (Sandkühler 2000 in: Likar, Rudolf et al. 2009, S. 23 ).

Erst wenn die Schmerzreizsignale zum Gehirn gelangen und dort weiterverarbeitet werden, setzt das Schmerzempfinden ein: Die Fortsetzung der neuronalen Schmerzreizleitung erfolgt über den vorderen aufsteigenden Vorderseitenstrang (Tractus spinothalamicus) in verschiedene Hirnzentren, wie Stammhirn, Zwischenhirn und Großhirn (s. Abb. 1). In der Großhirnrinde wird der Schmerz bewusst im limbischen System emotional bewertet:

Motorisch-vegetative Dimension:

Rückenmark, Hirnstamm: Muskuläre und hormonelle Aktivitäten finden hier statt.

Sensorisch-diskriminative Schmerzverarbeitung:

Das laterale thalamokortikale System  
Kortikale Bereiche: primärer somatosensorischer Kortex (SI), sekundärer somatosensorischer Kortex (SII), Insula. Subkortikale Bereiche: Thalamus, Basalganglien, Zerebellum, periaquäduktales Grau (PAG). Die verschiedenen Gegenirritationsverfahren greifen in diesen Regionen an.

Kognitive Schmerzverarbeitung:

Präfrontaler Kortex (PFC) und die supplementär motorische Area (SMA). Der präfrontale Kortex hat in der Regulation der Hemmung von Schmerzen und negativen Gefühlen eine Bedeutung und reguliert z. B. den anterioren zingulären Kortex (ACC): Ablenkung, Steigerung der Kontroll- und Kompetenzerwartung

Affektiv-motivationale Schmerzverarbeitung:

Limbisches System: anteriorer zingulärer Kortex (ACC), Insula und Amygdala. (Likar, Rudolf et al. 2009, S. 24)

Der Thalamus im Zwischenhirn gilt als Verteiler für aufsteigende sensorische Informationen – so gelangen die Schmerzinformationen auch über diese Struktur. Das Wissen, dass eine Verbindung zwischen dem limbischen System, dem Hypothalamus und der Hypophyse besteht, ist für den Aspekt der Schmerzwahrnehmung wichtig. Im Sinne der Schmerzwahrnehmung bedeutet dies das bewusste Erkennen von Schmerz, die Lokalisation von Schmerz und zielgerichtete Handlungen zu dessen Beseitigung. Physiologische Zugänge zum Schmerzgeschehen stellen eine Basis für den Aspekt der Schmerzwahrnehmung dar.

Somit ist klar herausgearbeitet, dass nicht nur ein einziges, lokalisierbares Schmerzzentrum existiert, sondern dass die Schmerzverarbeitung in einem komplex verschalteten Netzwerk lateraler und medialer Strukturen des Gehirns, der so genannten Schmerzmatrix, stattfindet.

---

<sup>9</sup> Neuroplastizität ist eine Eigenschaft von Synapsen, Nervenzellen oder auch ganzen Hirnarealen, sich in Abhängigkeit von ihrer Verwendung zu verändern.

Physiologische Veränderungen der Parameter Atemfrequenz und Kreislaufregulation finden über auch die Region des Hirnstammes statt und verändern sich bei bestehendem Schmerzreiz.

Pflegende können über Veränderungen dieser Parameter auch Rückschlüsse ziehen, dass Schmerz besteht. (Schmerzwahrnehmung, Schmerzmonitoring et cetera) Diese Fähigkeiten müssen in Lehre und Weiterbildung als pflegerische Anforderung trainiert werden.

Die *International Association for the Study of Pain* hat aufgrund einer fehlenden, allgemein gültigen Definition, (1979) formuliert: „Pain is an unpleasant sensory and emotional experience with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage.“ (IASP<sup>10</sup>, 1979, S.250)

Diese Schmerzdefinition schließt die psychische Komponente ein und begrenzt Schmerz nicht ausschließlich auf eine physiologische Reizaufnahme, Weiterleitung und Empfindung. Schmerz ist somit mehr als reine Reizwahrnehmung. Er wird subjektiv empfunden und es fehlt nicht selten an objektivierbaren Läsionen.

Diese Erkenntnis ist auch für die Themen Schmerzprophylaxe und Schmerzwahrnehmung sehr wichtig und sollte beim Patienten beachtet werden – das wäre auch Pflegeaufgabe.

Grundsätzlich sind Schmerzen als ein Alarmsignal des Körpers zu betrachten. Schmerz kann also als eine reine Sinneswahrnehmung verstanden werden. Diese Definition alleine reicht jedoch nicht aus. Schmerz ist nicht nur ein reiner Nervenimpuls, sondern ein komplexes und vielschichtiges Erlebnis.

Melzack und Walls „Torkontrolltheorie“ öffnet erneut Erklärungen zur Schmerzphysiologie. Sie wird, auch wenn sie nicht verifiziert werden konnte, neben anderen Theorien bevorzugt. Sie dient der Darstellung von Hemmungs- und Verstärkungsmechanismen auf der Rückenmarksebene. Dabei bezieht die Gate-Controll-Theorie auch psychische Prozesse mit ein. Die dicken Nervenfasern aktivieren die Interneuronen im Rückenmark und sie hemmen die Weiterleitung von dünnen nozizeptiven Fasern in das ZNS.

Die Impulse dünner Fasern haben dabei einen wegbereitenden Effekt, da sie die Interneuronen hemmen. Sie beschreiben die Aktivität der nozizeptiven spinalen

---

<sup>10</sup> The *International Association for the Study of Pain* (IASP) ist das führende, internationale Berufsforum für Wissenschaft, Praxis und Ausbildung im Feld der Schmerztherapie. Die Mitgliedschaft ist allen Fachgruppen geöffnet, die mit der Forschung, Diagnose oder Behandlung von Schmerz beschäftigt sind. Die IASP hat mehr als 7.000 Mitglieder in 126 Ländern. Sie wurde 1973 gegründet.



Neurone durch die Verbindung der Spikefrequenzen von Nozizeption und myelinisierten Afferenzen. Das zeigt, dass die Schmerzerfahrung das Ergebnis neuronaler Prozesse ist, die von Schmerzrezeptoren ausgeht und über spezifische Neurone im Rückenmark erfolgt.

Das zentrale Kontrollsystem hat die Aufgabe der Bündelung von Schmerzinformationen. Hier werden auf der Grundlage der Bewusstseinslage, der Aktivierung, der bisherigen Schmerzerfahrung und der aktuellen Situation die Schmerzempfindung und die Wahrnehmung beeinflusst. (vgl. Zenz, Michael; Jurna, Ilmar, 1993)

### **1.3 Schmerz und psychologische Zugänge**

Interessante Aspekte zur unterschiedlichen Empfindung der Schmerztoleranz werden in folgender Studie dargestellt. Die psychologische Forschung geht davon aus, dass Schmerzen bei negativen Emotionen, wie Angst, Depression und Wut, manifestiert werden. Einige Psychologen argumentieren aber, dass diese negativen emotionalen Reaktionen auf Schmerzreize durch positive emotionale Reaktionen ausgeglichen werden können. Am Beispiel einer Studie, die positive emotionale Reaktionen herbeiführen sollte, wurden sexuelle Phantasien produziert. Die Probanden wurden in drei Gruppen unterteilt: Eine Gruppe wurde angewiesen, sich eine neutrale Fantasie (zum Beispiel walking) vorzustellen, eine andere Gruppe wurde angewiesen, sich eine sexuelle Phantasie vorzustellen und der dritten Gruppe wurden keine besonderen Anweisungen gegeben. Interessant ist, dass die Gruppe mit der sexuellen Phantasie weniger Schmerzen empfunden hat als die Probanden mit anderen Phantasien. Sie waren auch weniger ängstlich und depressiv und weniger wütend. Die angenehmen Gefühle bei dem Gedanken an eine sexuelle Phantasie wirken gegen unangenehme Gedanken als Folge von Schmerz. Das Resultat ist, dass wenn ein Mensch einer schmerzhaften Erfahrung ausgesetzt ist, er sich am Besten etwas vorstellt, was in ihm positive Gefühle weckt.

Diese Studie<sup>11</sup> stellt dar, dass spezielle positive Gefühle, durch sexuelle Phantasien hervorgerufen, sich auf die Schmerzwahrnehmung positiv und abschwächend auswirken. Für pflegerische Interventionen gewinnt dieser Aspekt ebenso an Bedeutung, denn Sexualität in der Pflege ist seit langem ein diskutiertes Thema.

---

<sup>11</sup> (<http://www.hopkinsmedicine.org/press/1999/30.3.2012>)

Stemmer erforscht dieses Tabuthema. Er stellt dar, dass die pflegerische Begegnung nicht ausschließlich durch berufliche Erfordernisse definiert ist. Es existiert ein Spielraum, in dem es an den Beteiligten liegt, eine gewisse Nähe zuzulassen oder zurückzuweisen.

Stemmers Untersuchungen weisen nach, dass ein spielerischer Flirt mit Patientinnen und Patienten von den Befragten durchaus begrüßt wird. Auch körperliche Annäherungen, wie Streicheln, Umarmungen, ein Küsschen auf die Wange, finden so lange wohlwollende Akzeptanz, wie sie als harmlos bewertet und damit dem Bereich des Sexuellen entzogen werden. (vgl. Stemmer, Renate 2001)

Es gibt Pflegesituationen, in denen Gedanken an eine sexuelle Phantasie geboren werden können, die gegen unangenehme Gedanken wirken können. Für zahlreiche Pflegehandlungen ist die Aufnahme eines engen Kontaktes zum Körper der zu pflegenden Person erforderlich. Nicht selten ist, wie bei der Ganzkörperpflege, die totale Entblössung des Körpers des Gepflegten erforderlich. Diese Art der Begegnung zwischen Pflegenden und Gepflegten kann auf beiden Seiten zu sexualisierten Phantasien führen. Ihre besondere Brisanz erhalten diese Situationen durch die Tatsache, dass häufig pflegende Frauen und Männer Pflegebedürftige des jeweils anderen Geschlechts versorgen.

An der Universitätsklinik Jena lag die Dissertationsarbeit von Schulze zum Thema: „Der Einfluss von Ablenkung auf das postoperative Schmerzerleben“ vor.

Eine einfache Methode der Ablenkung konnten jüngst Bellieni et al. (vgl. Bellieni et al. 2006) aufzeigen, als sie Kinder bei der Venenpunktion durch Fernsehen ablenkten. Die Kinder zeigten signifikant weniger Schmerzen als eine weitere Gruppe, bei der die Kinder von ihrer Mutter beruhigt wurden und als die Kontrollgruppe. Diese einfache und überall verfügbare Möglichkeit des Fernsehens sollte auch in anderen Situationen einer größeren Patientenzahl ermöglicht werden. (Schulze, Matthias G. 2008, S.17)

In seiner Dissertationsarbeit untersuchte Schulze den Einfluss von Filmdarbietungen auf das Schmerzempfinden der Patienten im Aufwachraum des OP-Bereiches. Schultz untersuchte vierzig Patienten randomisiert. Von zwanzig Patienten, die die Intervention „Film sehen“ erhalten sollten, lehnten sechs diese ab. Die anderen zwanzig Patienten wurden der Kontrollgruppe zugeordnet und mit der herkömmlichen Schmerztherapie behandelt. Schulze konnte in seiner Untersuchung am Ende zeigen, dass ein Trend zur Schmerzreduktion durch einmalige nichtmedikamentöse Intervention besteht. Der Autor verweist auch auf die Wichtigkeit der Schmerzbekämpfung, damit später aus dem Akutschmerz kein chronischer Schmerz entsteht.

Psychologische Erklärungsansätze zur Schmerzentstehung beziehen sich oft auf die Verlaufsform „chronischer Schmerz“, die besteht, wenn Schmerz seine eigentliche Funktion als Warn- und Leithinweis verliert und einen selbstständigen Krankheitswert erhält. Was zum Beispiel chronische Schmerzen bei betroffenen Menschen in Leib und Seele anrichten, können Hirnforscher, Mediziner und Psychologen inzwischen auf vielen Ebenen nachweisen. Solche Einsichten bilden die Grundlage von neuen Behandlungskonzepten, um chronischen Schmerz zu verhindern oder Dauerschmerz zu lindern. Chronische Schmerzen nehmen den ganzen Menschen in Besitz. Was sich im Organismus abspielt, wenn der "bellende Wachhund der Gesundheit", der akute Schmerz, seine Warnfunktion verliert und zur Dauerfolter wird, haben Wissenschaftler in den letzten Jahren herausgefunden. Denn die Veränderungen sind heute auf vielen Ebenen nachweisbar: im Erbgut von Nervenzellen, bei der Produktion von Hirnbotschaften (Neurotransmitter), bei der Kommunikation von Zellen und Zellverbänden, in der Aktivität des Gehirns und in der Psyche. Damit ist das höchst subjektive Gefühl "Schmerz" für die Forscher objektivierbar geworden.

"Schmerz kann man sehen und quantifizieren", so Zieglgänsberger vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. Leiten Nervenfasern einen starken Schmerzreiz aus dem Körper zu den Nervenzellen des Rückenmarks, ist im System binnen Sekundenbruchteilen "der Teufel los".

"Man kann das mit dem Lauterdrehen eines Verstärkers in der Musikanlage vergleichen", übersetzt Sandkühler von der Universität Heidelberg diesen Vorgang in die Alltagserfahrung.

"Wird das ständige Feuern der Neurone nicht durch eine ausreichende Schmerzbehandlung frühzeitig durchbrochen", erklärt der Experte, "verselbstständigt sich der Prozess, weil die körpereigene Schmerzhemmung diesen Mechanismus dann alleine nicht mehr unter Kontrolle bekommt." Die Nervenzellen werden hypersensibel und melden auch bei harmlosen, schwachen Reizen das Signal "Schmerz", selbst dann, wenn die eigentliche Schmerzursache schon nicht mehr existiert.

Das System hat – ähnlich wie bei der Verarbeitung anderer Sinnesreize – den Schmerz "gelernt". "Solche Mechanismen beobachten wir", so Zimmermann, "nicht nur bei rheumatischen Leiden, sondern auch beispielsweise bei entzündlichen Erkrankungen des Darmtraktes, wie Morbus Crohn." Wissenschaftler der Universität im dänischen Aalborg berichten auf dem Heidelberger Symposium beispielsweise,

dass etwa Patienten mit Weichteilrheumatismus (Fibromyalgie) oder Reizdarm aufgrund derartiger Mechanismen auf schmerzhaft Reize empfindlicher reagieren als gesunde Menschen.

Dass der schmerzhaft Aufruhr im Nervensystem auch die psychischen Funktionen eines Menschen, seine Lebensfreude und seine Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, ist naheliegend. Doch inzwischen haben Psychologen herausgefunden, dass diese Prozesse keine Einbahnstraße sind: Wie ein Mensch mit Schmerz umgeht, spielt bei der Chronifizierung der Pein ebenfalls eine große Rolle. "Denn auch psychische Vorgänge", erklärt Zimmermann, "beeinflussen letztendlich über Neurotransmitter und Nervensignale ein Schmerzgeschehen." Darum ist es auch nicht verwunderlich, daß Psychologen, etwa Professor Monika Hasenbring von der Universität Bochum, bestimmte verhaltensmäßige Reaktionen bei Schmerzpatienten als Risikofaktoren für eine Chronifizierung entdeckt haben. Ein hohes Risiko für Dauerschmerzen haben etwa Menschen, die auf Schmerzen mit Hilflosigkeit oder Katastrophisieren reagieren, die ihre sozialen und körperlichen Aktivitäten einschränken oder sich als "fröhliche Durchhalter" gebärden ("Zähne zusammenbeißen und durch").

In Deutschland leiden viele Millionen Menschen unter chronischen Schmerzen. Bei ihnen hat der Schmerz seine ursprüngliche Warn- und Wächterfunktion verloren und sich stattdessen als eigenes Leiden, als Schmerzkrankheit etabliert. Neben der körperlichen Qual lassen sich tiefgreifende Folgen für das alltägliche Leben ausmachen: Betroffen sind berufliche wie private Aktivitäten, so etwa die Pflege sozialer Beziehungen, die Lebensfreude, Sexualität, aber auch das Einkommen und das soziale Ansehen. Das Leben verengt sich auf den Punkt des Schmerzerlebens und dessen Vermeidung. Wilhelm Busch hat das am Beispiel des Zahnschmerzes treffend in Verse gefasst: "Vergessen sind die Kursberichte, die Steuern und das Einmaleins. Kurz, jede Form gewohnten Seins, die sonst real erscheint und wichtig, wird plötzlich wesenlos und nichtig. Ja, selbst die alte Liebe rostet, man weiß nicht, was die Butter kostet, denn einzig in der engen Höhle des Backenzahnes weilt die Seele."

Das Beispiel taugt hervorragend zur Illustration der alles beherrschenden Tyrannei nicht endender Schmerzen. Aus diesen Gründen, darin sind sich die Experten einig, muss man Schmerzen auch mit psychologischen und verhaltensmedizinischen Strategien behandeln. Die zentrale Rolle des Gehirns bei der Schmerzwahrnehmung

wird evident. In der Klinik lernte ich einen Leitsatz kennen, an dem etwas Wahres ist: „No brain, no pain“.

Das aktuelle Schmerzerleben entsteht demnach aus einem vielgliedrigen Zusammenspiel von Wahrnehmung, Emotion und Kognition. Wenn Patienten in ihrem Schmerzempfinden wahr- und ernstgenommen werden und der Patient selbst das Gefühl hat, durch eigenes Verhalten und mit Hilfe Pflegender aktiv an der Linderung des Schmerzes beteiligt zu sein, ist das ein entscheidender Faktor für eine positive Pflegebeziehung und für einen guten Behandlungsverlauf. Mangelndes Wissen und falsche Überzeugungen seitens der Patienten, Pflegenden und Ärzte sind wesentliche Ursachen für eine inadäquate Schmerzbehandlung. Strohbrücker erarbeitete zur Thematik „Schmerz an einer deutschen Universitätsklinik – die Rolle von Pflegenden bei der Schmerztherapie“ wichtige Aspekte, die begründen sollen, wie wichtig die Schulung der Schmerzwahrnehmung ist. „Patienten verhalten sich eher zurückhaltend, wenn es darum geht, nach einem Schmerzmittel zu verlangen. In Untersuchungen mit stationären Patienten gaben über die Hälfte der Patienten an, bei Wiederauftreten von Schmerzen zu warten, bis sie erneut ein Schmerzmittel angeboten bekämen (vgl. Lavies et al. 1992) beziehungsweise bis die Schmerzen an Intensität zugenommen hätten (Owen et al. 1990). In der Untersuchung von Paice et al. (1998) gaben 25 Prozent der insgesamt zweihundert Befragten an, sie wollten das Pflegepersonal nicht bei der Arbeit stören. (in Bartholomeyczik, Sabine et al., 2005)

## **2 Schmerz im Kontext**

### **2.1 Der Wandel im Schmerzverständnis**

Nach Buntrock (2009) ist das Schmerzverständnis ein in der Menschheit vorherrschendes Verständnis über die Schmerzentstehung. (vgl. Buntrock, Stefan, 2009, S.19)

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts beginnen wissenschaftliche Diskussionen über Schmerz. Nöcker-Ribaupierre (2008) erkennt einen ersten spürbaren Wandel im Schmerzverständnis. Der Wandel des Gesundheits und Krankheitsverständnisses führte zu einer Veränderung des Schmerzverständnisses hin zu rationalen naturwissenschaftlich begründeten Erklärungen.

Schmerz war nun Symptom organischer Schädigungen beziehungsweise Krankheiten. Die heutige Schmerzentstehungstheorie wurde „geboren“, welche für Erleichterungen von Operationen sorgte und eine bessere Behandlung akuter Schmerzen gelingen lies.

In den 1970er Jahren wurden Opioidrezeptoren<sup>12</sup> im Rückenmark sowie in Hirnregionen nachgewiesen. Dadurch entstanden bestimmte Narkosevarianten.

1973 wurde die *International Association for the Study of Pain* gegründet. Diese war die erste internationale und interdisziplinäre Schmerzgesellschaft, welche mit der WHO ein Stufenschema zur Behandlung von Tumorschmerzen entwickelte, was bis dato Gültigkeit hat. (vgl. Nöcker-Ribaupierre, Monika, 2008, S. 13-14)

Zenz und Treede gehören einer Gruppe von Pionieren an, die Ärzten und Gesundheitspolitikern Fundamentales abverlangen: umzudenken. Sie werden davon ablassen müssen, Menschen mit merkwürdigen Schmerzen als austherapierte Hysteriker abzutun, die das Gesundheitssystem mit eingebildeten Krankheiten belasten. "Unser Verständnis vom Schmerz und seiner Chronifizierung ändert sich derzeit dramatisch", fasst Siegfried Mense zusammen. Seit über zwanzig Jahren erforscht der Professor für Neuroanatomie die Grundlagen von Muskelschmerz: "Wir begreifen, dass Schmerz die komplexeste Wahrnehmung ist, die ein Mensch haben kann. Er dringt ins Bewusstsein wie sonst nichts auf der Welt."( Hackenbroch, Veronika; Thimm, Katja, Der Spiegel, 36-2008, S.155-156)

Hüper (1997) stellte fest, dass bei der Beurteilung und Wahrnehmung der vom Betroffenen geäußerten Schmerzen, die eigenen Erfahrungen und Umgangsweisen der Pflegekräfte bei Schmerzen stets eine Rolle spielen werden. Hier muss ein Wandel im Schmerzverständnis einsetzen.

Heute ist bekannt, dass Schmerzwahrnehmung und Schmerzverhalten bei jedem Menschen individuell sind und überwiegend durch die eigene Biographie bestimmt werden.

Die Angst, ausgeliefert zu sein, steigere den Schmerz oft ins nahezu Unerträgliche, sagt der Palliativmediziner Ostgathe. Da wirke manchmal schon die Gewissheit schmerzlindernd, dass sich jemand kümmere. Auf seiner Station in der Kölner Uni-Klinik liegt in einem blauen Schlafanzug Herr Müller. Er ist sechzig Jahre alt und sein

---

<sup>12</sup> Die Opioidrezeptoren befinden sich im zentralen und peripheren Nervengewebe; eine höhere Dichte findet sich im Thalamus. An die Opioidrezeptoren docken endogene Liganden an sowie opiathaltige Narkoanalgetika. Die Schmerzmittel können natürlichen (Morphin) und synthetischen Ursprungs sein (Fentanyl). Auch Opioid-Antagonisten wie Naloxon oder Naltrexon entfalten ihre Wirkung an den Opioidrezeptoren. [www.LuMriX.net](http://www.LuMriX.net)  
22.1.2014

Rücken viermal operiert; als Lehrer unterrichtet er Mathematik und Sport. Nun wuchert ein Krebsgeschwür in seiner Wirbelsäule. Vor einer Woche konnte und wollte er nicht mehr. Seine Frau fuhr mit ihm in ein Hospiz, da war kein Platz, sie schickten ihn zur Palliativstation. „Und ich muss sagen, das war super. Der Arzt hat mich behandelt. Sofort.“ Müller greift an den Rücken des Arztes. „Da“, sagt er, „da tut es mir weh, wenn ich mich bewege.“ „Da drücken die Metastasen“, sagt der Arzt. „Aber Ihre Schmerzen werden nicht mehr schlimmer werden. Ihr Körper spricht gut auf unsere Medikamente an.“ „Ein paar Wochen möchte ich zu Hause noch haben“, erwidert Müller. „Meine Frau weiß auch noch nicht, wie das wird.“ Am Vortag erst hat sie es den Kindern gesagt. „Ich will nur nicht richtig leiden.“ „Was meinen Sie mit Leid?“ „Schmerz, den man nicht behandeln kann.“ „Ich denke, der Schmerz wird sich bei Ihnen behandeln lassen. Auch in den letzten Tagen.“ Nach einer Weile antwortet Müller: „Es ist gut zu wissen, dass es das gibt.“ (Hackenbroch, Veronika; Thimm, Katja, Der Spiegel, 36-2008, S. 163)

So ist die Pflege von Schmerzpatienten für die Pflegekräfte, aber auch für die Ärzte, immer wieder eine Herausforderung, die oft von einer großen Unsicherheit geprägt ist.

Hüper (1997) stellt Veränderungen im Schmerzverständnis fest und liefert indirekt wichtige Erkenntnisse für die Einnahme einer Haltung von Pflegenden in Interaktion mit Schmerzpatienten.

Was der Schmerz in einer Kultur und für eine Gesellschaft bedeutet, bestimmt, wie das Individuum jene Empfindungen deuten lernt, die man Schmerz nennt, und beeinflusst innerhalb der organisch und biographisch gezogenen Grenzen das Erleben dieses Schmerzes. Individueller Schmerzausdruck und individuelle Schmerzdeutung sind deshalb von ihren soziokulturellen Bedingungen nicht trennbar. (Hüper, Christa, 1997, S. 157)

Kerkow-Weil (1999) stellt fest, dass insbesondere bei Patienten aus fremden Kulturen das Schmerzverhalten bisweilen schwer zu verstehen ist, da diese Patienten die Schmerzen oft nicht auf eine bestimmte Körperregion eingrenzen und dazu oftmals nur sehr diffuse Angaben machen können. (vgl. Kerkow-Weil, Rosemarie, 1999, S. 43)

Im Umgang mit Schmerzpatienten sollte jede Pflegekraft ihr eigenes Schmerzverständnis hinterfragen und die eigene Schmerzbiographie kennen.

## 2.2 Schmerz als Gegenstand pflegewissenschaftlicher Diskussionen

Gegenstand der Pflegewissenschaft ist es, einerseits die Auswirkungen von Krankheit, Behinderung und Gebrechen auf die Alltagsgestaltung zu betrachten. Andererseits betrachtet die Pflegewissenschaft die Wirkungsweise pflegerischer Interventionen und fragt nach den Einflussfaktoren und Kontextbedingungen „guter“ Pflege. (vgl. Brandenburg und Dorscher 2003 in: Lauber, Annette, 2012, S. 142)

Lauber (2012) unterstreicht, dass es zur Klärung des Begriffes „Pflegewissenschaft“ unbedingt notwendig ist, die Interessensbereiche beziehungsweise die Gegenstandsbereiche der Pflegewissenschaft zu betrachten.

Hüper (1996) unterbreitete Vorschläge zur Gestaltung einer individuellen Pflegebeziehung, in der der Schmerzpatient als Mensch im Mittelpunkt steht:

Den schmerzgeplagten Menschen statt seinen Schmerz in das Zentrum pflegerischen Handelns zu stellen, bedeutet dagegen, den Schmerzkranken als kooperativ Handelnden zu begreifen, seine Lebenswirklichkeit zu verstehen und anzuerkennen und Bedingungen herzustellen, unter denen es möglich wird, Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit als gestaltende Beziehungselemente zu fördern. (Hüper, Christa, 1996, S.9)

Schröck und Drerup (1998) belegen in ihrer Forschungsarbeit, dass es von immenser Bedeutung ist, auf Forschung begründetes Schmerzmanagement in der Pflegepraxis zu entwickeln. (vgl. Schröck, Ruth; Drerup, Elisabeth, 1998)

Ihre Gedanken beziehungsweise ihre Forderungen sind positiv zu werten und unterstützen die Weiterentwicklung des pflegerischen Schmerzmanagements. Die Schmerzsituation wird durch ein gelingendes, den individuellen Bedürfnissen der Patienten/Bewohnern angepasstes Schmerzmanagement positiv beeinflusst. Dies stellt eine gute Basis für die Qualitätsentwicklung in der Pflege dar.

Es ist auch Aufgabe von Pflegewissenschaftlern, Expertenstandards als Instrument der Qualitätsentwicklung auf nationaler Ebene zu entwickeln, um zum Beispiel die Zielsetzung komplexer pflegerischer Aufgaben anzugeben. (vgl. Lauber, Annette, 2012, S. 194-195)

Zentraler Aufgabenschwerpunkt des DNQP<sup>13</sup> ist es, sich auf Praxis- und Wissenschaftsebene dem Thema und der Qualitätsentwicklung in der Pflege zu widmen. Dabei bestehen Schwerpunkte in der Entwicklung, Konsentierung,

---

<sup>13</sup> DNQP: *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*; ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Fachkolleginnen und -kollegen in der Pflege. (Pflegewissenschaftler sind auch vertreten.) Die Hochschule Osnabrück hat 1992 mit dem Aufbau eines Netzwerks begonnen und konnte hierfür eigene grundlegende Erfahrungen auf dem Gebiet der Qualitätsentwicklung in der Pflege nutzen.



Implementierung und Aktualisierung evidenzbasierter Experten-Standards und in der Beforschung von Methoden und Instrumenten zur Qualitätsentwicklung und Qualitätsmessung.

Übergreifendes Ziel des DNQP ist die Förderung der Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards in allen Einsatzfeldern der Pflege:<sup>14</sup>

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege (Pilotprojekt, 1998-2001)
- Entlassungsmanagement in der Pflege für Deutschland 2004
- Schmerzmanagement in der Pflege (2002-2004)
- Sturzprophylaxe in der Pflege (2003-2005), Aktualisierung 2013
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (2004-2006)
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (2006-2008)
- Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (2007-2009)
- Schmerzmanagement bei chronischen nicht-malignen Schmerzen (2008-2010)
- Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt (2013)

in Konsentierung<sup>15</sup>:

- Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (2013)

Der Entwurf zum Expertenstandard: „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ wird momentan konsentiert: „Am 11. Oktober 2013 wurde in der Osnabrück-Halle der 8. DNQP-Expertenstandard in der Pflege konsentiert. Die Mehrzahl der 500 TeilnehmerInnen der Konsensus-Konferenz bildeten Pflegefachkräfte und PflegeexpertInnen aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Altenhilfe.“<sup>16</sup>

Der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ beschreibt den Beitrag der Pflege innerhalb eines individuellen Schmerzmanagements bei chronischen Schmerzen. Durch ein individuell angepasstes Schmerzmanagement für die Patienten/Bewohner soll der Expertenstandard zur Schmerzlinderung, zum Erhalt oder der Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit und zu einer stabilen

<sup>14</sup> Quelle: [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de), 6.2.2014, 21.00 Uhr

<sup>15</sup> Quelle: [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de), 6.2.2014, 21.00 Uhr

<sup>16</sup> Presseinformation des DNQP vom 17.10.2013

Schmerzsituation beitragen und schmerzbedingten Krisen vorbeugen. (vgl. Presseinformation des DNQP vom 17.10.2013)

Zu verfolgen war, wie Pflegefachkräfte und PflegeexpertInnen aus den Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Altenhilfe, spannende Diskussionen zu inhaltlichen Aspekten des Expertenstandardentwurfs führten.

Es wurde mehrfach gefordert, dass Begriffe, wie: „pflegerischer Schmerzexperte“ und „pflegerisches Schmerzmanagement“, die im Expertenstandardentwurf verwendet werden, klarer benannt werden sollten. Handlungsempfehlungen für den Pflegeprozess am Beispiel des Begriffes „pflegerischer Schmerzexperte“ werden wie folgt benannt:

„P3b Die Pflegefachkraft zieht bei speziellem Beratungsbedarf einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.“ „P5b Die Pflegefachkraft zieht bei instabiler Schmerzsituation einen pflegerischen Schmerzexperten hinzu.“ (DNQP, Arbeitstexte zur 8. Konsensuskonferenz in der Pflege mit dem Thema: „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, 2013, S. 19)

Im Expertenstandardentwurf wird der Begriff „Pflegefachkraft“ näher beschrieben, Beschreibungen zum Begriff „pflegerischer Schmerzexperte“ existieren leider nicht. Hier besteht dringend Handlungsbedarf: „Die Rollen, Aufgaben und Funktionen, die Pflegefachkräfte im Umgang mit Patienten mit chronischen Schmerz übernehmen, lassen sich durch die Analyse der Leitlinien und von qualitativen Übersichtsarbeiten und Primärstudien nicht eindeutig identifizieren, sondern nur indirekt erschließen.“ „Auch der Vorschlag eines Aufgabenspektrums für eine Pain Nurse<sup>17</sup> oder algesiologische Fachassistenz aus dem Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (DNQP 2011b) verweist auf die Notwendigkeit der Aneignung zusätzlicher Kompetenzen für die Themenfelder chronischer Schmerz und Schmerzmanagement am Lebensende.“

(DNQP, Arbeitstexte zur 8. Konsensuskonferenz in der Pflege mit dem Thema: „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen, 2013, S. 56-57)

---

<sup>17</sup> Pain nurse: „Schmerzen messen und professionell behandeln – das sind die Kernkompetenzen einer Pain Nurse.“ (CNE Magazin, 03-2009-S.26) „Als Pain Nurse ist die Pflegende die Schnittstelle zum ärztlichen Dienst: „Die Chirurgen gehen morgens früh durch die Zimmer und sind anschließend im OP. Wir sind einfach näher am Patienten, sehen die Entwicklung“, erklärt sie. Hat Strobel bei einem Patienten Probleme mit der Schmerzeinstellung, leitet sie ein Konsil an die Schmerzambulanz weiter. Auch die Kollegen suchen häufiger ihren Rat, zuletzt bei einer Patientin, die postoperativ unter Schmerzen litt. gen suchen häufiger ihren Rat, zuletzt bei einer Patientin, die postoperativ unter Schmerzen litt.“ (CNE Magazin, 03-2009-S.27)

Hier entsteht der Eindruck, dass der im Expertenstandardentwurf geforderte „pflegerische Schmerzexperte“ zur Betreuung von chronischen Schmerzpatienten erst weiter entwickelt werden muss. Diese Aussage verdeutlicht, dass es notwendig ist, Weiterbildungsangebote zu entwickeln beziehungsweise anzubieten. Es wäre wichtig, diese Fragen zu klären, bevor der neue Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ von Januar bis Juni 2014 in circa 25 Einrichtungen der stationären Altenhilfe, ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern unter methodischer Begleitung des wissenschaftlichen Teams des DNQP modellhaft implementiert wird. Dieses Vorgehen soll Aufschluss geben und Erkenntnisse über die Praxistauglichkeit, Akzeptanz und die Voraussetzungen für die Einführung des Expertenstandards gewinnen. Dieses Beispiel verdeutlicht auch, dass die Pflegewissenschaft zum Partner interdisziplinärer Projekte wird.

Remmers (2011) vertritt zur Pflegeforschung folgenden Standpunkt:

Sprechen wir von Pflegewissenschaft als Forschungsdisziplin, so gibt es im Anschluss an Heckhausen (1987) vielleicht gute Gründe dafür, sich für einen monodisziplinären Zuschnitt mit einem schon beachtlich ausdifferenzierten Methodenrepertoire auszusprechen. Es gibt vermutlich aber nur sehr wenige, vorrangig experimentelle Fragestellungen, die eine künstliche Ausblendung konkurrierender Sichtweisen zwingend erfordern. Mit Zunahme an Komplexität der zu bearbeitenden Probleme im Gesundheitswesen wird Pflegewissenschaft automatisch zum Partner interdisziplinärer Forschungsprojekte. Angesichts komplexer interdependenter Problemkonstellationen und des Bedarfs hoch differenzierter Lösungen kommt dem Prinzip perspektivischer Öffnung und methodischer Ergänzungen große Bedeutung zu. (Remmers, Hartmut, 2011, S. 25)

Remmers stellt somit indirekt fest, dass in der heutigen Zeit pflegewissenschaftlich begleitete Schmerzprojekte sehr gefragt sind. In Anlehnung an die Aussagen von Remmers hinsichtlich der Einbeziehung von Pflegeforschung an interdisziplinären Forschungsprojekten möchte ich folgendes Beispiel anführen:

Das Anfang 2010 gestartete Versorgungsforschungsprojekt „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ hat unter der Leitung Osterbrinks in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen empirische Daten zum Schmerzmanagement erhoben. Der Blick auf die schmerztherapeutische Versorgung von Menschen in einer Stadt richtet sich auch auf die Aufgaben und Rollen der Akteure. So konnte das Schmerzmanagement aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden.

Mit Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes am 1.7.2008 sind die Leistungserbringer – hier ambulante Pflegedienste – zur Umsetzung der Nationalen Expertenstandards in der Pflege und damit auch des Nationalen Expertenstandards ‚Schmerzmanagement in der Pflege‘ verpflichtet. In §112 (SGBXI) wird Folgendes

ausgewiesen: ‚Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die ... 4.sich verpflichten alle Expertenstandards nach §113a anzuwenden.‘ Der Nationale Expertenstandard ‚Schmerzmanagement in der Pflege‘ weist Pflegenden im Rahmen des Schmerzmanagements eine Schlüsselposition zu, die sich insbesondere auf die Versorgung in häuslicher Umgebung bezieht. Denn die Versorgungsaspekte, wie sie im Nationalen Expertenstandard ‚Schmerzmanagement in der Pflege‘ von 2005 ausgewiesen sind, gelten auch für Menschen mit Tumorerkrankungen (chronischer tumorbedingter Schmerz) in der ambulant-pflegerischen Versorgung. Eine explizite Aussage wie die einzelnen Empfehlungen des Expertenstandards in dem speziellen Versorgungsbereich anzuwenden sind, wurde allerdings nur ansatzweise getroffen. Auch in der Aktualisierung des Standards konnten hierzu bislang kaum neue Erkenntnisse aufgezeigt werden, da die Umsetzung des Schmerzmanagements in der ambulant-pflegerischen Versorgung bislang nur unzureichend untersucht wurde. Neben pharmakologischen Aspekten im Schmerzmanagement erscheinen strukturelle und prozessuale Rahmenbedingungen insbesondere hinsichtlich der Vernetzung von großer Bedeutung zu sein. Hierzu ist ein Fokus auf die Schmerzerfassung durch und abgeleitete Handlungsfähigkeiten von Pflegenden in der ambulanten Versorgung nötig. (Osterbrink et al., 3-2013,S. 141-142)

Osterbrink et al. identifizieren die Schlüsselposition der Pflege in diesem Projekt, vermissen aber konkrete pflegerische Handlungsanweisungen im Nationalen Expertenstandard Schmerzmanagement und weisen auf akuten Forschungsbedarf zur Anwendung des Expertenstandards in den einzelnen pflegerischen Fachdisziplinen hin.

Grundlage für pflegerische Interaktionsprozesse und pflegerische Handlungsanweisungen, zum Beispiel im Umgang mit Schmerzpatienten, bieten Pflegediagnosen. Einige Kliniken beziehungsweise ambulante Pflegeeinrichtungen haben Pflegediagnosen eingeführt und erzielen damit eine einheitliche Definition der Pflegeprobleme und damit auch der pflegerischen Handlung. Doenges et al. (2013) stellen dar, dass das Wort Diagnose aus dem Griechischen stammt und bedeutet: "(...) aufgrund genauer Beobachtung und Untersuchung abgegebene Feststellung, Beurteilung eines Zustandes."

Sie fassen zusammen, dass sich Pflegediagnosen über die Bündelung von identischen Pflegeproblemen darstellen lassen. Pflegediagnosen beschreiben keine medizinischen Wünsche, sondern Reaktionen von Menschen auf aktuelle oder potentielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess. Pflegediagnosen bezeichnen menschliche Reaktionen auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse. (vgl.Doenges et al., 2013)

Durch sie soll eine exaktere Darstellung von Wissen und Können der Pflegenden erreicht werden, eine katalogisierte Fachsprache soll zur Statistik und Forschung verwendet werden und die Pflegenden bei der Dokumentation des Pflegeprozesses unterstützen.

Die Pflegediagnosen gehen von den "Leidenszuständen" der Patienten aus, die dann durch das Prozedere an Pflegemaßnahmen (Pflegehandeln) im Pflegeprozess durchgeführt werden. Pflegediagnosen sind nach der "Maslowschen Hierarchie der Bedürfnisse" (physisch, psychisch, geistig) geordnet, um Anamnese und Diagnosestellung zu erleichtern. (vgl. Gordon, Marjory, 2001)

Mit den Pflegediagnosen entstehen ein verbindlicher Fachwortschatz und eine internationale Klassifikation.

Vor nun mehr fast dreißig Jahren haben die Diskussionen um Pflegediagnosen Einzug in den pflegewissenschaftlichen Diskurs gehalten. Seit den Anfangsjahren hat sich in der Forschung viel getan. Pflegediagnosen werden heute als Instrument in der Pflegeforschung, zur Führung von Statistiken und zur transparenten Darstellung der Pflege angewendet.

Eine Vielzahl an Klassifikationssystemen und diagnostischen Labels sind entwickelt worden. Gordon (2004<sup>18</sup>) führt aus:

Die Entwicklung von Pflegeklassifikationen kann auf zwei Wegen erfolgen. Zum einen über die Struktur und den Aufbau der Klassifikation, die die Einordnung eines Phänomens in die Klassifikation beeinflusst. Die Struktur der Klassifikation beeinflusst ferner was eine Pflegediagnose ist und was nicht. Zum anderen sind es die Elemente einer Klassifikation, die klassifiziert werden, sprich die einzelnen Diagnosen, Interventionen und Ergebnisse.

Gordons (2001) "Taxonomie der Typologie funktionaler Verhaltensmuster" ist eine Variante von Klassifikationsmöglichkeiten. Diese Taxonomie beinhaltet die Pflegediagnose „Schmerz“. Nach Gordon beinhaltet die Pflegediagnose Schmerz folgende Charakteristika:

Klagen über starke Beschwerden (Schmerzen) und eines oder mehrere folgende Kennzeichen:

Schonhaltung, Schützen der betroffenen Körperpartie, Erhöhung des Muskeltonus, schmerzverzerrtes, maskenhaftes Gesicht (glanzlose Augen, niedergeschmettert看, gerädertes Aussehen, fixierte oder zerstreute Bewegungen, Grimassieren) Unruhe, Reizbarkeit, vegetative Reaktionen, die bei chronischen, dauerhaften Schmerzen nicht beobachtet werden (Schwitzen, Veränderungen von Blutdruck und Pulsfrequenz, Pupillenerweiterung, erhöhte oder erniedrigte Atemfrequenz) Starke Selbstbezogenheit, verengte Sichtweise (veränderte Zeitwahrnehmung, Rückzug von sozialen Kontakten, beeinträchtigte Denkprozesse) Teilnahmslosigkeit bis zur Erstarrung). (Gordon, Marjory, 2001, S. 175)

Charakteristisch ist, dass Pflegediagnosen auch die Familie oder Gemeinschaften als Funktionseinheit beschreiben und berücksichtigen. Sie können sich stündlich, täglich, monatlich ändern – wann immer sich das Reaktionsmuster des Patienten ändert. Pflegediagnosen sind sogenannte pflegerelevante Phänomene, also in der

---

<sup>18</sup> Workshop mit Gordon im Herbst 2004 und Interview von Maria Staub und Jürgen Georg mit Dr. Marjory Gordon. [www.pflegeportal.ch](http://www.pflegeportal.ch) 7.2.2014/12:00 Uhr

Pflegepraxis anzuwenden. (vgl. Gordon, Marjory, 2001) Demzufolge stellt das Prozedere der Pflegediagnostik auf Grundlage von Pflegediagnosen eine Handlungsgrundlage für pflegerische Interaktionsprozesse mit Schmerzpatienten dar.

Vollmer (2006) erklärt zum Zusammenhang von pflegerischem Handeln in Verbindung mit Pflegediagnosen folgendes:

Es ist allerdings fraglich, *ob diese* Form pflegerischen Handelns eher der Emanzipation der Pflege dienlich wäre, denn gerade die fehlende Beschreibbarkeit pflegerischen Handelns hat schließlich unter anderem zur mangelnden Anerkennung der Pflege als fachlich fundierter und selbständiger Disziplin beigetragen. Die Anwendung von Pflegediagnosen muss ein intuitives Handeln der Pflegekräfte jedoch nicht zwangsläufig ausschließen, sondern beide können sich im Pflegeprozess hilfreich ergänzen. Gerade die kompetente Formulierung pflegebezogener Patientenprobleme in Form von Pflegediagnosen führt zu eigenverantwortlichen, pflegefachlichen Interventionen innerhalb des Pflegeprozesses, welche im Verlauf auch ein auf Erfahrung und Fachwissen basierendes intuitives Handeln beinhalten können. Entscheidend ist die Überprüfbarkeit des Erfolges der durchgeführten Pflegemaßnahmen, die durch die Pflegediagnosen möglich wird. (Vollmer, Melanie, 2006, S.16)

Der korrekte Umgang mit Pflegediagnosen wird weiterhin eine wesentliche Grundlage für die moderne Pflegequalitätssicherung und Pflegedokumentation darstellen und ein adäquates Schmerzmanagement für Patienten ermöglichen.

## **2.3 Schmerz und philosophisch-kulturwissenschaftliche Aspekte**

Gerade die Pflegekräfte begleiten die Patienten von Anfang an und deren Handeln ist nicht nur am Befund, sondern auch am Befinden des Patienten orientiert. Pflegekräfte müssen Schmerz nicht nur als physisches Phänomen verstehen, sondern auch ein offenes Ohr haben, psychische, soziale, spirituelle und kulturelle Dimensionen mit zu erfassen. Bei Schiefenhövel fanden sich interessante Aussagen zum kulturellen Zusammenhang zwischen Schmerzempfinden, Schmerzerfahrung und dem Aspekt der Schmerzwahrnehmung. Mit Hilfe von Scarry lässt sich der Zusammenhang zwischen Kultur und Sprache erklären beziehungsweise dem Aspekt „dem Schmerz Ausdruck verleihen“ darstellen.

Schiefenhövel berichtet, dass bereits Kinder durch Verletzungen und Wundinfektionen Schmerzerfahrungen machen, für deren Behandlung den dort lebenden Menschen allenfalls archaische Methoden zur Verfügung stehen. Zuwendung, Trost und das Einreiben mit Brennnesselblättern sei oft das einzige Mittel zur Schmerzreduktion.

Schiefenhövel hatte das Volk der Eipo in den Bergen Neuguineas erstmals 1974 besucht. Er hat dort 22 Monate mit den Bewohnern gelebt. Seine Forschung brachte hervor, dass durch frühe Schmerzerfahrungen und durch ein Leben in Kälte und Hitze, mit Hunger und Durst eine Verminderung der Schmerzempfindung stattfinden kann. Kinder, Jugendliche und Erwachsene werden durch ihre Lebensumstände in die Lage versetzt, auch schwerste Schmerzen ertragen zu können.

Diese Beobachtungen stünden ganz im Gegensatz zur hohen Schmerzempfindlichkeit in unserer Bevölkerung, erklärte Schiefenhövel. Zugleich widersprach er der These vom "Schmerzgedächtnis", die zur Folge habe, dass auch geringe Schmerzen durch Medikamente auszuschalten seien. "Wenn Menschen und Tiere nach geringfügigen Schmerzerfahrungen für ihr Leben gezeichnet blieben, hätte die Natur einen lausigen Job gemacht", sagte der Ethnologe.

Ähnlich verhalte es sich mit Angst. Das Volk der Eipo lebe mit Gefahren, deren Ausmaße in Mitteleuropa unvorstellbar seien. Jeder vierte Mann sterbe eines unnatürlichen Todes. Im Gegensatz dazu sei die Wahrscheinlichkeit, hierzulande von jemandem getötet zu werden, extrem gering. Dennoch seien Ängste und Angststörungen in den westlichen Gesellschaften weit verbreitet.

Offenbar sei der Umgang mit realen Bedrohungen aus evolutionsmedizinischer Sicht leichter, wenn es bestimmte Verhaltensweisen gibt – seien es auch nur Götter, die Fehlverhalten mit Krankheit oder Unglück strafen, meinte Schiefenhövel. Unpersönliche Bedrohungen, für die es keine Sinnzuweisung und kein Angsttraining gibt, mündeten hingegen in psychiatrisch relevanten Angstzuständen, so Stiefenhövels Hypothese.<sup>19</sup>

Schmerz wird von Menschen oft als „Prüfstein“ gesehen. Es mag dem Selbstbild einer starken Persönlichkeit entsprechen, Schmerzen auszuhalten – nur Starke überwinden die Krankheit. Bei anderen mag Krankheit als Folge von Schuld und Schmerz als (auszuhaltende) Strafe gedeutet werden.

„Der Schmerz im Pflegehandeln“, weil das „Pflegehandeln“ etwas Besonderes ist und von unzähligen Einflüssen gelenkt wird.

Wie bereits erwähnt, argumentiert der Philosophen Gadamer über die Schmerzwahrnehmung als einen möglichen Einflussfaktor auf das Pflegehandeln. Um zu verdeutlichen, wie eine solche Auseinandersetzung mit dem Schmerz aussehen kann, erzählt Gadamer (2003) Situationen aus dem eigenen Leben, wie

---

<sup>19</sup> in Stoschek, Jürgen in *Ärzte Zeitung*, 26.07.2010

ihn beispielsweise seine Polio-Erkrankung als Zwanzigjährigen dazu trieb, sich auf dem Krankenbett mit den Werken Jean Pauls sowie zahlreicher philosophischer Schriften auseinanderzusetzen und wie sie ihn später dazu anhielt, regelmäßig Sport zu treiben und in besonderer Weise auf seinen Körper zu achten.

Es wird angemerkt, dass ein durchschnittlicher Patient durch die Schmerzen meist so zermüht und geschwächt sei, dass er gar keine Kraft und kein Interesse an einem produktiven und aufarbeitenden Umgang mit dem Schmerz habe, beziehungsweise durch Schmerzbetäubung erst wieder soweit hergestellt werden müsse, dass Raum für eine produktive Auseinandersetzung entsteht. Darauf entgegnet Gadamer, dass er darin ebenfalls die größte Herausforderung sähe, diese jedoch nicht auf die Schmerzerfahrung großer Persönlichkeiten beschränken wolle. Der Patient solle sich dem Schmerz hingeben und sich mit ihm auseinandersetzen, betont Gadamer die Aufgabe des Arztes, der den Patienten vor allem zur Bewusstwerdung der eigenen Kräfte zur Schmerzüberwindung führen soll.

(Gadamer, 2003, S. 55)

Über Einfluss und Beeinflussung des eigenen Schmerzempfindens schildert Kant, wie er nachts durch die Schmerzen nicht schlafen kann. Ihm half ein altes Mittel, sich auf ein gedankliches Objekt zu konzentrieren. Auf diese Weise war es ihm möglich, seine Aufmerksamkeit so weit vom Schmerz abzuwenden, dass dieser bald gelindert war. Jedesmal, wenn die Schmerzattacken wieder auftraten und ihn um den Schlaf brachten, fand er diese Art der Medizin überaus nützlich. (vgl. Kant, Immanuel, *Gesammelte Schriften*, 1902)

Schmerz erhält die Funktion, als Sinnesorgan zu funktionieren und die abstrakte existentielle Bedrohung wird erfahrbar. Daher ist es wichtig, das Thema "Schmerz" aktiv bei den Patienten anzusprechen, nachzufragen und zuzuhören und somit dem Schmerz Raum und Zeit zu geben. Die Wahrnehmung des Schmerzes wäre auch über die Verbindung mit dem Lebensbezug möglich. Somit lässt sich feststellen, dass Schmerz immer einen Kontext hat beziehungsweise dass er im Leben wahrgenommen werden kann.

Lebensbezüge können mit Hilfe verschiedener kulturwissenschaftlicher Kerngedanken über Auffassungen zum Schmerz dargestellt werden, zum Beispiel die Elaine Scarrys, Helge Meyers und Michel Foucaults.

Scarry ist Sprachwissenschaftlerin und vertritt die Auffassung, dass Kultur das Werk menschlicher Verletzlichkeit und zugleich der erfinderische Einspruch gegen sie ist.



Am Beispiel des leidenden Körpers denkt Scarry über Kultur und Gesellschaft nach und konstruiert die Empfindlichkeit des Leibes. Diese Empfindlichkeit äußert sich im Schmerzempfinden, welches in engem Zusammenhang zu Schmerztoleranz und Angstgefühlen steht.

Schmerzen werden von allen Menschen mehr oder weniger gleich wahrgenommen. Schmerztoleranz und Angstgefühle werden vor allem von sozialen und kulturellen Einflüssen geprägt.

Scarry bezeichnet den Schmerz in ihrem 1985 erschienenen Buch *Der Körper im Schmerz* als Paradoxon zwischen Gewissheit und Zweifel: Für den anderen indes ist dieselbe Erfahrung so schwer fassbar, dass „von Schmerzen hören“ als Paradebeispiel für Zweifeln gelten kann.

Die Autorin geht davon aus, dass sich der Schmerz uns als etwas Nicht-kommunizierbares präsentiert, das einerseits nicht zu leugnen, andererseits nicht zu beweisen ist.

Jemand, der von Schmerzen heimgesucht wird, nimmt den Schmerz „mühelos“ wahr, ja, er kann es gar nicht vermeiden, ihn wahrzunehmen; für die anderen dagegen ist „mühelos“ gerade, ihn nicht wahrzunehmen (es ist leicht, den Schmerz des anderen zu übersehen; selbst wenn man sich nach Kräften bemüht, mögen Zweifel bleiben, ob er wirklich da ist, und es bleibt auch die verblüffende Freiheit, seine Existenz zu leugnen; wenn man ihn jedoch unter Aufbietung aller Aufmerksamkeit wahrnimmt, dann ist, was man da wahrnimmt, in seiner Unannehmlichkeit nur ein Schatten dessen, was der wirkliche Schmerz ist). Für einen Menschen, der Schmerzen hat, ist der Schmerz fraglos und unbestreitbar gegenwärtig, so dass man sagen kann, „Schmerzen zu haben“ sei das plausibelste Indiz dafür, was es heißt, „Gewissheit zu haben“..(Scarry, Elaine, 1992, S.12)

Scarry geht davon aus, dass ein verdunkelter Zusammenhang zwischen der körperlichen Erfahrungen (Empfindungen) und dem Aspekt der Nichtkommunizierbarkeit besteht. „Das bedeutet: will man Schmerz ausdrücken, muß man einerseits dessen Empfindungsqualitäten objektivieren und andererseits den Referenten dieser Attribute sichtbar halten.“ (Scarry, Elaine, 1992 , S.32)

Scarry erzählt eine andere Geschichte der Zivilisation, die vielleicht noch nachhaltiger verdrängt worden ist: die des leidenden Körpers. Der Versuch, Kultur und Gesellschaft von der Empfindlichkeit des Leibes her zu denken, steht bei der Autorin in einer innigen Beziehung zur täglichen Lebenswelt.

Wer weniger Körper hat, der hat mehr Stimme – ist Scarrys Auffassung, die sich in folgenden Ausführungen erklärt. Aus pflegepraktischen Beobachtungen kann Scarrys Auffassung geteilt werden. Scarrys Aussage lässt sich so interpretieren, dass starker

körperlicher Schmerz auch die Sprache hemmt. Diese Erkenntnis ist für die Schulung der Wahrnehmungsfähigkeit von Pflegekräften sehr wichtig.

Wer sind nun die Schöpfer oder nahezu die Schöpfer einer Sprache für den Schmerz – das ist das Hauptthema Scarrys Untersuchungen.

Die Autorin beschreibt in ihrem Buch, dass sie fünf Gruppen von Männern und Frauen konsultiert hat, die in gewisser Varianz Schmerzen erfahren haben. Aus den Konsultationen hat sie Gruppen gebildet. Sie erkennt, dass die Möglichkeiten, die Schmerzempfindung eines anderen auszudrücken, gering sind, aber es gute Gründe dafür gibt, die Wahrnehmung (Sprache) des Schmerzes vernehmen zu müssen. Nach Vorstellung der ersten Gruppe benennt Scarry diese Gründe.

„Zur ersten Gruppe gehören jene, die am eigenen Leib schwere Schmerzen erfahren haben und deren sprachliche Ausdrücke für diese Schmerzen erhalten geblieben sind, weil sie selbst oder andere sich daran erinnern oder weil ihre Äußerungen zum Beispiel schriftlich in einem Fallbericht aufgezeichnet wurden.“ (Scarry, Elaine, 1992, S. 15)

Scarry stellt fest, dass die Worte dieser Menschen eher karg ausfallen, eben nur noch Teile geäußert werden und ohne Zusammenhang zum Ausdruck gebracht werden.

Da der Mensch, der Schmerz erleidet, oft außerstande ist, zu sprechen, kann es nicht überraschen, wenn die Sprache für den Schmerz gelegentlich von anderen geschaffen wird, die nicht selbst dem Schmerz verfallen sind, sondern für jene sprechen, die leiden. Obwohl die Möglichkeit, die Schmerzempfindung eines anderen auszudrücken, gering ist, gibt es zahlreiche gute Gründe, weshalb man eben dies wünschen mag, und so haben sich denn Wege eröffnet, auf denen diese allerprivatesten Erfahrungen in den öffentlichen Diskurs Eingang zu finden beginnen. (ebd. 1992, S. 15)

Scarry benennt vier mögliche Gründe zur Überwindung von Barrieren in Verbindung mit der Schmerzkommunikation. Ein Grund, die Medizin, wird hier näher betrachtet. Verbunden mit dem Erfolg ärztlichen Handelns ist es enorm wichtig, die Sprache des Schmerzes zu hören, zu entziffern und zu deuten. (ebd. 1992) Scarry bemerkt, dass die medizinische Forschung zum Problem des körperlichen Schmerzes mit dem Problem der Spracherzeugung verwoben ist.

Der Mann, der das wohl überzeugendste und präziseste Modell einer Physiologie des Schmerzes entworfen hat, ist zugleich der Erfinder eines diagnostischen Hilfsmittels, das es den Patienten ermöglicht, den individuellen Charakter ihrer Schmerzen sehr viel genauer zu bezeichnen als jemals zuvor. Ronald Melzack, der zusammen mit Patrick Wall die weithin beachtete und gerühmte „Gate-Control-Theorie des Schmerzes“ entwickelt hat, ist gemeinsam mit seinem Kollegen W.S. Torgerson auch Autor des „McGill Pain Questionnaire“, der zwar weniger bekannt ist, aber in der täglichen Arbeit in Krankenhäusern und Schmerzkliniken höchste Achtung genießt. (ebd. 1992, S. 16)

Des Weiteren erläutert Scarry in diesem Kapitel die Entwicklung dieses neuen Schmerzfragebogens. Sie stellt fest, dass Melzacks Beweggrund zur Neuentwicklung eines Schmerzfragebogens die bisherige nur einseitige Schmerzerfassung in bestehenden Schmerzbefragungen war. Es wurde nur die Schmerzintensität erfasst. Sie bezeichnet dies als Erfassung einer begrenzten Dimension des Schmerzes.

(...) dass das herkömmliche medizinische Vokabular nur eine begrenzte Dimension des Schmerzes erfasst, die Intensität nämlich und dass eine Beschreibung, die nur diese Dimension berücksichtigt, genauso unzulänglich ist wie eine Beschreibung des breiten Fächers optischer Sinneseindrücke, die sich lediglich auf Unterschiede der Helligkeit stütze. (ebd. 1992, S.16)

Die Autorin geht davon aus, dass Wortgruppen des neuen Schmerzfragebogens den Schmerz sensibler erfassen können. Sie erläutert, dass nun der sensorische Gehalt, der affektive Gehalt und der evaluierende Gehalt von Schmerz bekundet beziehungsweise angezeigt werden kann und somit die Sprache befähigt wird, ein äußeres Bild innerer Vorgänge zu entwerfen. (ebd. S. 17-18)

Im McGill Pain Questionnaire (MPQ) werden Adjektivlisten benutzt um, die Schmerzqualität zu erfassen. Dabei werden drei Dimensionen unterschieden:

sensorisch (zum Beispiel stechend, bohrend, brennend)

affektiv (zum Beispiel erschöpfend, grausam, bestrafend)

evaluativ (zum Beispiel unerträglich, stark)

Die Adjektive, die von einer Expertengruppe und Patienten nach ihrer Intensität und Qualität eingestuft und gewichtet worden sind, werden in zwanzig Untergruppen eingeteilt, die den jeweiligen Dimensionen zugeteilt werden. Aus jeder dieser Untergruppe wählt der Patient maximal ein Wort aus. Der Schmerzratingindex ergibt sich dann aus den Rängen der gewählten Wörter.

Der Leidenseffekt wird insbesondere von der affektiven Dimension erfasst. Eine hohe Ausprägung auf diese Dimension weist auf psychische Einflussfaktoren, wie Angst, Depression und Hilflosigkeit hin. (vgl. (Pipam et al. in Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther, Märkert, Dieter; Ilias, Wilfried 2009, 37-40)

Scarry beobachtet und erklärt, dass es die Deutungen der Dinge sind, die Geschichte machen, nicht die Dinge selbst.

Problematisch ist allerdings die Übersetzung des Fragebogens ins Deutsche. Durch das bloße Übersetzen der englischen Ausdrücke wurden wichtige deutsche Ausdrücke nicht benutzt, während bestimmte verwendete Adjektive nicht sehr gebräuchlich sind. Aus diesem Grund ist der MPQ mit nur eingeschränkt anwendbar.

Scarry führt an, dass eine Schmerz-Darstellung/Schmerz-Abbildung, die Darstellung der Wirklichkeit ist. Für die Person, die Schmerz verspürt, gibt es keine andere Wirklichkeit, außer Schmerzen, denn wenn es weh tut, muss es echt sein.

Scarry lässt erkennen, dass Schmerz unser Leben lenkt. Sie entdeckt auch, dass die eigentliche Dimension des Lebens im Schmerz erahnbar wird: „Natürlich ereignet sich der Schmerz nicht kilometertief unter unseren Füßen oder viele Kilometer über unseren Köpfen, sondern im Körper von Menschen, die in der selben Welt wohnen, in der wir täglich unsere Wege gehen, im Körper von Menschen, von denen uns manchmal nur ein paar Zentimeter trennen.“ (ebd. 1992, S.12)

Des Weiteren finden sich bei Scarry interessante Aussagen zur Schmerzwahrnehmung von Menschen. Diese Aussagen gleichen sich mit denen Mc Cafferys, die erläuterte, dass Schmerz da ist, wenn der Patient es sagt.

Spricht man über die eigenen körperlichen Schmerzen und über die körperlichen Schmerzen der anderen, so hat es bisweilen den Anschein, als spräche man von zwei gänzlich verschiedenen Dingen. Jemand, der von Schmerzen heimgesucht wird, nimmt den Schmerz „müheles“ wahr, ja, er kann es gar nicht vermeiden, ihn wahrzunehmen; für die anderen dagegen ist „müheles“ gerade, ihn nicht wahrzunehmen (es ist leicht, den Schmerz des anderen zu übersehen; selbst wenn man sich nach Kräften bemüht, mögen Zweifel bleiben, ob er wirklich da ist und es bleibt auch die verblüffende Freiheit, seine Existenz zu leugnen; wenn man ihn jedoch unter Aufbietung aller Aufmerksamkeit wahrnimmt, dann ist, was man da wahrnimmt, in seiner Unannehmlichkeit nur ein Schatten dessen, was der wirkliche Schmerz ist. (Scarry, Elaine; 1992, S.12)

Die Autorin zeigt im folgenden Zitat, wie leicht unsere Sprache sich literarischer Aussagen über die Liebe bedient, aber andererseits wie schwierig es ist, die Sprache zur Schmerzbeschreibung zu nutzen. Es existiert kein Adäquat, mit dem sich Schmerz beschreiben lässt, Schmerz mit seinem subjektiven Charakter hat keine verallgemeinerbare Sprache oder Umschreibung.

„Jedes Schulmädchen kann Shakespeare oder Keats für sich sprechen lassen, wenn es sich verliebt, doch wenn ein Kranker einem Arzt die Schmerzen in seinem Kopf beschreiben will, lässt ihn die Sprache im Stich.“

In den weiteren Ausführungen geht Scarry dazu über, andere Schmerzarten zu benennen, für die diese „Sprachlosigkeit“ auch zutrifft.

„Was auf Kopfschmerzen zutrifft, gilt erst recht für Schmerzen, wie sie bei Krebs oder nach Verbrennungen, an Phantomgliedern oder im Gefolge von Schlaganfällen auftreten oder für die heftigen, lang andauernden Schmerzen, die sich gelegentlich einstellen, ohne daß eine bestimmte Krankheit sie schürte.“

„Der körperliche Schmerz ist nicht nur resistent gegen Sprache, er zerstört sie; er versetzt uns in einen Zustand zurück, in dem Laute und Schreie vorherrschen, deren wir uns bedienten, bevor wir sprechen lernten.“ (Scarry, Elaine, 1992 , S.13)

Scarry resümiert am Ende, dass Schmerz unsere Sprache so zu beeinflussen vermag, dass sie sich in die frühkindliche Entwicklung zurückversetzen lässt.

Das bedeutet, dass sich unser Sprechvermögen im Zusammenhang mit körperlichen Schmerzen und den damit verbundenen Gedanken und Gefühlen rückbildet und die Körpersprache vordergründig ist.

Hier findet sich aus pflegepädagogischer Sicht eine Argumentationshilfe, die Wahrnehmungsfähigkeit von Pflegekräften im Hinblick auf Schmerz unbedingt zu stärken.

Durch die Kunstform Performance gelingt eine nonverbale Darstellung von körperlichen Gefühlen. Der internationale Performancekünstler Helge Meyer, welcher unter anderem Lehrbeauftragter im Institut Bildende Kunst und Kunstwissenschaft der Universität Hildesheim sowie Kunstlehrer am Gymnasium ist, stellte in seiner Dissertationsschrift „Handeln und Leiden – Schmerz als Bild in Performance Art“ interessante Ausführungen zur Wechselseitigkeit des Schmerzes dar.

Performance wird eine situationsbezogene, handlungsbetonte und vergängliche künstlerische Darbietung eines Performers oder einer Performancegruppe genannt.

Ein Grundgedanke ist hierbei die Annahme, daß die Performance ihre Wurzeln nicht im darstellenden Spiel hat, sondern im Leben, im authentischen Dreieck aus Raum, Zeit und Körper. Dabei existieren vier Grundelemente: Zeit, Raum, der Körper des Künstlers und eine Beziehung zwischen dem Künstler und dem Zuschauer. In der Kunstform Performance kommt es also zu einer Distanzlosigkeit zwischen dem Inhalt der Szene, der tatsächlichen Welt und dem beiwohnenden Publikum

Im Normalfall gelten weitgehend statische Objekte als Bild. In der Performance handelt es sich aber um einen zeitbezogenen Bildbegriff. In diesem Fall setzen die Performer ihren Körper ein, um ein „Bewegungsbild“ zu schaffen. Der Bildbegriff ist also ein anderer. Dieses Bewegungsbild ist, anders als beispielsweise im Film, nur im Übergang zu rezipieren: Es entsteht im bereits erwähnten Dreieck der Präsenz (Körper, Zeit, Raum) und hinterlässt keine Repräsentanten. (vgl. Fischer-Lichte, Erika 2004)

Meyer präzisiert einen originären Bildbegriff „Schmerz“, der auf die Darstellung von Schmerz in „Performance Art“ angewandt werden kann. Für den Betrachter dieser Körperbilder, kann der Schmerz sichtbar werden, quasi kommuniziert werden.

Das Bild „Schmerz in „Performance Art“, wird als komplexe Beziehung zwischen Zeit, Raum und Körper unter Gesichtspunkten verschiedener Interpretationen mit der rezipierenden Rolle eines Betrachters verknüpft und analysiert.

Im Vorwort seiner Dissertation finden sich Aussagen zur Vorstellungskraft des Menschen und zur Darstellbarkeit von Gedanken.

Bei dem Hinweis auf die Körpersprache des Schmerzes ist der Begriff Wahrnehmungskraft statt Vorstellungskraft besser gewählt.

„Indem der Körper in einer Performance sich darstellt, werden die Gedanken, die zu dieser Darstellung führten, verkörperlicht. Der Körper ist dann ganz bewußt das Medium, an/mit dem sich die Gesellschaft offenbart oder das, was sie verbietet.“  
(Gerhard Johann Lischka: Schnittstellen; Bern 1997, S.77)

Meyer (2009) untersuchte in seiner Dissertationsarbeit gezielt ausdrucksstarke Künstler und ihre Aktionen im Zusammenhang mit schmerzhaften Bildern oder tatsächlicher Selbstverletzung.

Das Phänomen Schmerz erhält so, in der Darstellung einer flüchtigen (ephemer) Handlung durch Körpersprache, eine legitime, nachvollziehbare Übersetzung.

„Schmerzvolles Handeln, welches von einigen Künstlern auf sich genommen wird, um ein Bild zu erzeugen oder vielmehr selbst Bild zu werden, übt eine ungewöhnlich starke Faszination auf die Betrachter (und so auch auf mich selbst) aus.“

(Meyer, Helge, 2009, S.10)

Meyer ist der Meinung, dass im Alltag das Schmerzerleben von Menschen, Faszination auf andere Menschen ausübt – es erzeugt Bewegung.

Stellen wir uns Folgendes vor: Ein Mensch stürzt und weint vor Schmerz – es gibt doch immer Menschen, die schauen oder Trost spenden wollen. Meyer bezieht sich in seiner Dissertation auf Elaine Scarry, teilt ihre Thesen aber nur zum Teil, so zum Beispiel, dass Schmerz sprachlos ist.

Meyer formuliert in seiner Dissertationsschrift dazu folgende These:

Die Grundthese der vorliegenden Arbeit lautet deshalb: Schmerz kann in einem komplexen Prozess innerhalb der Performance Art verbildlicht werden und somit als Kommunikationsgegenstand genutzt werden. Dem eigentlich sprachlosen Schmerz, dessen Vorhandensein beim Leidenden von einem Gegenüber nur geglaubt, jedoch nicht bewiesen werden kann, lässt sich im Livebild der Performance ein Bild zuordnen, welches vom Betrachter nachempfunden werden kann. (Meyer, Helge, 2009, S.11)

Meyer vertritt die Aussage, dass es möglich ist, Schmerz zu kommunizieren, nämlich unter zur Hilfenahme von Körperbildern. (ebd., 2009, S.128)

Er findet somit einen Weg, dem eigentlich sprachlosen Schmerz eine Kommunikationsmöglichkeit nach außen hin zu zuordnen.

Dieser Aspekt ist pflegepädagogisch relevant, weil ich aus meiner Pflegeerfahrung weiß, dass die Körperhaltung von Schmerzpatienten, das heißt den Schmerz zeigen beziehungsweise eine Schmerzhaltung einnehmen, aus einer inneren Kraft entsteht, wenn die Sprache versagt. Deswegen ist es notwendig, die Wahrnehmungsfähigkeit von Pflegekräften zu schulen, um diese Körperbilder, eben diese Art von Schmerzkommunikation, wahrnehmen zu können. Aus dieser Wahrnehmung folgt dann eine helfende, adäquate Handlung.

Meyer führt weiterhin auf, dass der Leib des Menschen somit zum „(...) Referenten der sichtbar gemachten Attribute des Schmerzempfindens wird.“ (Meyer, Helge, 2009, S.129)

Er stellt fest, dass durch Einnahme einer bestimmten Körperhaltung, zu einem beliebigen Schmerzempfinden, Schmerzempfinden nach außen sichtbar werden kann. „Sprache erscheint unzureichend, um die Erlebnisse und die körperlichen Sensationen zu beschreiben, die Schmerz in einem Menschen auszulösen vermag.“

Die Verkettung emotionaler Bedrängnis und physisch empfundener Qual scheint zu komplex für ein sprachliches Äquivalent.“ (Meyer, Helge, 2009, S. 128)

Meyers Aussage, dass sprachliche Objektivierung des Schmerzes nicht gelingt, weil Schmerz kein Objekt hat, gleicht sich mit den Aussagen Scarrys.

Meyer merkt an dass, die Performance Art sich auf einem Ausdrucksniveau befindet, welches eine Bildsprache benutzt, wo die Künstler nicht nach einer Objektivierung dessen suchen, weil sie mit ihrem Leib arbeiten und eine eigenständige Realität erschaffen wollen.

„Der Leib wird zum Referenten der sichtbar gemachten Attribute des Schmerzempfindens. Dies ist der einzige Weg, die Schmerzempfindung eines leidenden Menschen in den Bereich des Sichtbaren zu bringen. Deshalb behaupte ich, dass Schmerz in der Aktionskunst kommuniziert werden kann.“ (Meyer, Helge, 2009, S. 29)

Meyer erkennt des Weiteren, dass Schmerzerfahrungen individuelle Geschehnisse sind und schlussfolgert, dass die Kommunikation von Schmerzen nur durch individuelle Worte möglich ist. Meyer vertritt die These, dass Performance Art

imstande ist, durch den „Schmerz hindurch“ kommunikativ zu wirken, weil durch die entstandenen Körperbilder eine intensive Möglichkeit bestehe, Bilder zu erfahren und sich anzueignen. (ebd., 2009, S. 30)

„Der Betrachter ist selbst an dem Bild beteiligt, indem er es in seiner kognitiven Ebene zu einem Bild werden lässt, welches mit seiner individuellen Vorprägung entsteht und sich auf einer Ebene der Erinnerung verändert.“

Unter zur Hilfenahme von Foucaults Argumentationen werden die Ansichten zum „Lebensbezug von Schmerz“ beziehungsweise „den Schmerz im Leben wahrzunehmen“ in diesem Kapitel vervollständigt.

Meyer sieht im Lebensbezug des Schmerzes, dass: „(...) so lange der Körper sich nicht durch Schmerz ‚bemerksam macht‘, (...) er ein unsichtbarer, ungefühlter Körper [ist]. Erst durch eine Störung im Funktionssystem wird uns der Körper bewusst.“ (Meyer, Helge, 2009, S. 167)

Grundsätzlich tut sich im Falle von beobachtetem Schmerz bei Anderen immer eine Lücke der Beweisbarkeit und auch der Kommunikationsmöglichkeit auf, die nur schwer zu schließen ist. Schmerzwahrnehmung bei anderen und die daraus folgende Reaktion, die sich entweder in „aktives Mitgefühl (lebendige Zuwendung“ oder in „effizient gemachtes Mitgefühl (das unabhängige Artefakt“ wandeln kann, werden im Zusammenhang mit der Wirkung von performativem Handeln analysiert. Ich komme hier zu dem Schluss, dass der Versuch Schmerz durch das Auslösen von Mitgefühl zuerst zu kommunizieren, um ihn greifbar zu machen, eine Grundlage für seine Bekämpfung sein kann. (Meyer, Helge, 2009, S.174)

Der Philosoph Michel Foucaults (1963) stellt in einigen seiner Werke Bezüge zum Schmerz her beziehungsweise widmet dem Schmerz sehr viel Aufmerksamkeit. Oft verbindet sich Foucaults Auffassung über den Schmerz mit einer anderen Möglichkeit des Schmerzerlebens.

Dieser Aspekt zeigt, wie vielfältig das Thema der Schmerzwahrnehmung ist und dass es im Pflegehandeln berücksichtigt werden muss, dass es Menschen gibt, die Schmerzen erleiden wollen. Im Magazin *Der Spiegel* findet sich die Skizzierung der Lebensweise Foucaults. Der Artikel stellt dar, dass es einen Zusammenhang zwischen dem gewünschten Schmerzerleiden und dem Schmerzempfinden gibt, wenn dabei positive Gefühle entstehen.

Die beiden letzten Bände von Foucaults großangelegter Geschichte der Sexualität, *Sexualität und Wahrheit*, die der Sterbende noch für den Druck fertigstellte, tragen die Titel: *Der Gebrauch der Lüste* und *Die Sorge um sich*.

Unerwartet deutlich wird nun, welchen exzessiven "Gebrauch" Michel Foucault von seinen "Lüsten" machte und wie entschlossen er dabei die "Sorge um sich"



vernachlässigte. Seit seinem ersten Kalifornien-Besuch im Jahr 1975 war der Philosoph von der schwulen Subkultur und vor allem von der Lederszene hingerissen, die im Garten Eden der Schwulen, in San Franciscos "Folsom Street", ihr Zentrum hatte: dort pflegten die homosexuellen Flaneure ihren persönlichen Vergnügungsstil durch Taschentücher zu signalisieren, die aus den Gesäßtaschen ihrer Jeans ragten. Ein Tüchlein in der linken Tasche stellte einen Sadisten in Aussicht, eines in der rechten verhielt einen Masochisten.<sup>20</sup>

In seinem Werk *Die Geburt der Klinik* legt Foucault den Schmerz, als eines von vernetzten Symptomen einer Krankheit dar.

Foucault starb selbst an Aids. Er hatte alle eindringlichen Warnungen ignoriert und sich bewusst der tödlichen Gefahr seiner sadomasochistischen Leidenschaften ausgesetzt.

Im Tod suchte er eine Grenzerfahrung – und das nicht zum ersten Mal. Bereits als 21-Jähriger unternahm er einen ersten Selbstmordversuch, als Schüler soll sich der Sohn eines Arztes mit dem Rasiermesser die Brust aufgeschlitzt haben. Schmerz, Lust, Qual und Begierde faszinierten Foucault und dienten als Rauschmittel. Leidenschaft verleihe seinem Leben ein „unverwechselbares Gesicht“, schreibt er auch in seinem Werk *Die Geburt der Klinik*.

Foucaults Werk: *Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks* wurde 1963 veröffentlicht. Es war seine dritte große Veröffentlichung und erschien zwei Jahre nach *Gesellschaft und Wahnsinn*.

In der Fortsetzung von *Gesellschaft und Wahnsinn*, behandelt das Werk die Thematik der Veränderungen im französischen Medizinwesen, mit besonderem Augenmerk auf die Rolle des Individuums im Fokus des „ärztlichen Blicks“. Im Zentrum stehen Foucaults Betrachtungen zu Veränderungen des „Werkzeugs“ Sprache im Feld der Medizin. Foucault sieht diese sprachlichen Veränderungen als deutlichstes Merkmal eines Wandels im gesellschaftlichen Bewusstsein und unterzieht diese Äußerung einer detaillierten Betrachtung. Im Mittelpunkt steht das Symptom Schmerz/die Symptomhaftigkeit von Schmerz.

Foucaults Aussagen zum Symptom (zur Symptomhaftigkeit von) „Schmerz“ und seine Erkenntnis über die Wichtigkeit der Beobachtung von Krankheitssymptomen wie „Schmerz“, sind seine Kerngedanken, die ich in Beziehung zu den Thesen von Scarry und Meyer setze.

---

<sup>20</sup> vgl. Der Spiegel, 14/1993, S.227

Foucault verleiht dem Schmerz in seinem Werk Symptomhaftigkeit, das heißt er macht Schmerz lediglich zu einem Symptom der Krankheiten. Somit ordnet er dem Schmerz eher physische Funktionen zu. „(...) bei einer Operation des Wasserbruchs kann die Reizung der Scheidenwand Schmerzen in der Lendengegend hervorrufen (...).“ (Foucault, Michel, 2005, S.162)

Foucaults Ansichten über den Schmerz, lassen Verknüpfungen zu Scarry und Meyer zu, weil Foucault dem eigentlich sprachlosen Schmerz auch ein Objekt zuordnet. Bei ihm erhält Schmerz eine physische Funktion beziehungsweise wird als ein Symptom der Krankheiten klassifiziert.

Foucaults Standpunkt zur Symptomhaftigkeit des Schmerzes, findet sich in seinen Ausführungen in Bezug auf den Mediziner Antoine Laurent Bayle (1799-1858).

Bayles Ausführungen und Standpunkte zwischen Glauben beziehungsweise Meinung und Wissen zu unterscheiden, imponierte Foucault.

Bayle unterscheidet zur gleichen Zeit das Organische nicht vom Nervösen, sondern vom Vitalen; den organischen Läsionen, den Störungen der festen Körper (zum Beispiel Schwellungen) stellt er die vitalen Störungen gegenüber, die Veränderungen der vitalen Eigenschaften oder Funktionen (Schmerz, Hitze, Beschleunigung des Pulses); beide Typen können sich überlagern, so bei der Schwindsucht. (Foucault, Michel, 2005, S. 188)

Bayle bezeichnet Schmerz als vitale Eigenschaft des Menschen. Somit ist eine lebenswichtige; das Leben charakterisierende, durch Einflüsse veränderbare Eigenschaft, welche subjektiv messbar, bemerkbar und objektiv wahrnehmbar ist. Wie anfangs schon erwähnt, ist auch bei Foucault erkennbar, dass Schmerz einen Kontext hat, welcher sich im Lebensbezug beziehungsweise im Leben zeigt.

Foucault stellt zur Beobachtung von Symptomen, wie Schmerz fest: „Die klinische Beobachtung setzt zwei organisierte und miteinander verbundene Bereiche voraus: den Bereich des Spitals und den Bereich der Ausbildung.“ (Foucault, Michel 2005, S.123)

Interpretieren möchte ich diese Aussage so, dass das Symptom Schmerz sich nur wahrnehmen lässt, wenn es praktisch beobachtet und theoretisch gelehrt wurde. Foucaults geforderte, organisierte Wechselseitigkeit der Bereiche Spital und Ausbildung, stellt eine bemerkenswerte Erkenntnis dar, nämlich, wie wichtig Reflexion und Transfer von erworbenem Wissen ist.

In einem weiteren Werk: *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*, schenkt Foucault dem Schmerz wieder große Beachtung. Das 1975 unter dem Titel *Surveiller et Punir* veröffentlichte Werk wurde 1976 auf Deutsch publiziert. Das Buch selbst beschäftigt sich hauptsächlich mit der Entwicklung der modernen Strafsysteme

im Europa des frühen 18. Jahrhunderts. Letztlich geht es, dank Foucaults subjektkritischer Perspektive, um die Konstituierung des Subjekts Gefangener mittels Macht- und Wahrheitsregimen.

Foucaults Ausführungen zum Strafen (Marter) beinhalten Aussagen zur Schmerzhaftigkeit.

Die Marter ist zudem Teil eines Rituals. Sie ist ein Element in einer Straffliturgie, in der sie zwei Anforderungen zu entsprechen hat. Auf Seiten des Opfers muß sie brandmarkend sein: durch die Narbe, die sie am Körper hinterläßt, oder durch das Aufsehen, das sie erregt, muß sie ihr Opfer der Schande ausliefern; auch wenn sie das Verbrechen „tilgen“ soll, so versöhnt sie doch nicht, sie gräbt um den Körper, oder besser noch: am Körper des Verurteilten Zeichen ein, die nicht verlöschen dürfen. Das Gedächtnis der Menschen wird in jedem Fall die Erinnerung an die Zurschaustellung, den Pranger, die ordnungsgemäß festgestellten Qualen und Schmerzen bewahren. (Foucault, Michel, 1976, S. 47)

Dieser Schmerz ist also vieldeutig und kann sowohl die Wahrheit des Verbrechens wie den Irrtum der Richter, die Güte oder die Bosheit des armen Sünders, die Übereinstimmung oder den Gegensatz zwischen den menschlichen und dem göttlichen Urteil bedeuten.“ Darum drängen sich auch die Zuschauer mit einer so außergewöhnlichen Neugier um das Schafott und die dort zum Besten gegebenen Schmerzen: es gilt Verbrechen und Unschuld, Vergangenheit und Zukunft, Diesseits und Ewigkeit zu entziffern. (Foucault, Michel, 1976, S. 62)

	Hauptthesen in Bezug zum Schmerz	Interpretationen
<b>Elaine Scarry</b> 	Schmerz ist <u>nicht</u> kommunizierbar!	<p>Scarrys Thesen sind für elementare Aussagen in Bezug zum Pflegehandeln und zum Umgang mit Schmerzpatienten. Ihre positive Interpretation, dass sich die Auswirkungen und Folgen von Schmerz kommunizieren lassen, ist anschlussfähig für die Pflege.</p> <p>Ob die Sprache dann aber der kommunikative Part wäre, ist fraglich, denn es existiert schon gleich die Hürde der Beschreibbarkeit.</p> <p>Scarry bezieht sich in ihren Arbeiten grundsätzlich auf den physischen Schmerz, legt aber dar, dass physischer Schmerz einen Referenten besitzt.</p>
<b>Helge Meyer</b> 	Schmerz <u>ist</u> über den Leib kommunizierbar – also nonverbal zu kommunizieren	<p>Auch Meyers Sichtweise hat für die Pflege hohe Bedeutung. Wichtig ist dabei seine Fokussierung auf die Schmerzwahrnehmung und das Schmerzerleben. Seine fachübergreifenden Gedanken/Forschungen werden für fachliche pflegepädagogische Überlegungen benutzt.</p> <p>Meyers Aussage, dass Schmerzerleben von Menschen andere Menschen fasziniert – es erzeugt Bewegung bei anderen Menschen – halte ich für übertragbar in den Pflegeprozess.</p>
<b>Michel Foucault</b> 	Schmerz <u>ist</u> <u>eines</u> von vielen <u>wahrnehmbaren</u> <u>Symptomen</u> einer Erkrankung.	<p>Foucault sagt, dass Schmerz auf andere Menschen Faszination ausübt. Lehre und Praxis sind eine Organisationseinheit.</p> <p>Ich möchte hier deutlich zum Ausdruck bringen, dass sich gerade die Beobachtungen zum Schmerz durch den Theorie-Praxis-Transfer schulen lassen. Symptome sind beobachtbar, nicht umsonst lehren wir bis dato in der Krankenpflegeausbildung die Krankenbeobachtung. Schmerz zu sehen, ist für Betrachter abschreckend, bereitet Angst.</p>

Tabelle 1: Gegenüberstellung von Hauptthesen und Interpretationen mit Transfer zur Pflegeausbildung (Patan in Anlehnung an meine Pflegepraxiserfahrungen (1988-2004), vorliegend erstellt)

In Bezug auf Scarry, Meyer und Foucault ist festzuhalten: Schmerz ist wahrnehmbar und Pflegehandeln im Umgang mit Schmerzpatienten erlernbar.

Scarrys Thesen können jedoch nicht verallgemeinert werden, weil sie innerhalb der Thematik „Schmerzwahrnehmung“ die kulturellen Unterschiede und die Genderaspekte nicht berücksichtigt.

Es lässt sich jedoch eine Verbindung zur Schmerzbeobachtung von Pflegekräften zu Scarry herstellen. Scarry schränkt die Varianten der Schmerzwahrnehmung durch Pflegekräfte ein, indem sie den Bericht des Patienten als einziges, äußeres Zeichen des erlebten Schmerzes aufzählt. (vgl. Scarry, Elaine, 1992, S.16)

Ihre Aussagen sollten ernst genommen werden, denn unterstreicht ihre Auffassung nicht, warum Pflegekräfte Schmerzen mangelhaft wahrnehmen?

Erfahrungen im Pflegealltag lassen erkennen, dass viele Patienten Schmerz schlecht beziehungsweise gar nicht sprachlich kommunizieren. Entweder können sie es entwicklungsbedingt noch nicht (Säuglinge zum Beispiel) oder sie haben aufgrund ihrer Erfahrungen ein gelerntes Schmerzverhalten. (Viele ältere Menschen zum Beispiel)

Meyers fachübergreifende Analyse fällt positiv auf und lässt wiederholt erkennen, wie wichtig die Verzahnung unterschiedlicher Fachansichten im Hinblick auf die Schmerzwahrnehmung ist. Gerade deshalb werden sich fachübergreifende pflegepädagogische Gedanken entwickeln.

Seine Erkenntnisse sind wichtig für die Pflege; Menschen können zum Schmerz eine bestimmte Haltung einnehmen, somit hat dieser dadurch eine erkennbare, nonverbale Ausdrucksform erhalten. Diese muss von Pflegenden gesehen, gedeutet, eingeschätzt – ja wahrgenommen werden. Ich bin der Meinung, dass es eine pflegepädagogische Aufgabe ist, Pflegekräfte zu diesen Aspekten zu schulen beziehungsweise sie in der Ausbildung von Pflegekräften zu berücksichtigen.

Foucaults Aussagen zur beobachtbaren Symptomhaftigkeit des Schmerzes und dem notwendigen Zusammenhang zwischen Lehre und Klinik, stellen in Bezug auf die Schmerzwahrnehmung ein Dilemma der Wechselseitigkeit dar. Dieser Aspekt gehört mit Bezug zur Pflege aufgegriffen und lässt erkennen, dass sich dieses Dilemma auch auf das Pflegehandeln übertragen kann. Diese Erkenntnis ist ebenso Grundlage dieses Forschungsvorhabens.

Die Problematik ist im klinischen Pflegeprozess bekannt und es wird versucht, nach außen, über bestimmte Medien/Messverfahren (zum Beispiel Schmerzintensitätsskalen), den Schmerz darzustellen.

Am Beispiel Schmerzintensitätsskalen fällt auf, dass sie von Pflegekräften oft so ausgewählt werden, dass sie sich fern von rationalen Denkprozessen und von menschlichen Entwicklungsstufen befinden. Da wird dann das „Smileysymbol“ der „Zahlenreihe“ vorgezogen.

Die in diesem Kapitel erwähnten Standpunkte/Interpretationen müssen den Pflegenden vermittelt werden, um zum Beispiel zu deren Meinungsbildung/Haltung beizutragen, Empathie zu beeinflussen und die Reichweite des „Schmerzthemas“ aufzuzeigen.

Schmerz ist wahrnehmbar, die kulturwissenschaftliche Betrachtung liefert den Beleg dafür.

## **2.4 Schmerz im literarischen Diskurs**

Der Schriftsteller Siegfried Lenz hat sich in seinem Text „Über den Schmerz“ mit dem Thema Schmerz auseinandergesetzt. Ausgehend vom Bild „Der Schrei“ von Edvard Munch entwirft Lenz folgendes Bild eines leidenden Menschen:

Und der Schrei der Natur: er lässt allem Anschein nach nur das eine Dilemma erkennen, das unser Leben kennzeichnet, das Dilemma von Ewigkeitstraum und Endlichkeit des Daseins. Wir entdecken eine Selbstbestimmung ohne Hoffnung und der Schmerz, der uns heimsucht, ist nicht nur allgemein gültig, sondern auch allgegenwärtig. Der Schmerz wird zum existentiellen Erlebnis. (Lenz, Siegfried, 2000, S.10)

<b>Existentielles Erlebnis</b>	<b>Beispiel</b>
<b>Schmerz und Lebendigkeit</b>	„Der Schmerz ist der Stachel der Tätigkeit und in dieser fühlen wir allererst unser Leben; ohne diesen würde Leblosigkeit eintreten“ (Kant).
<b>Schmerz und Tapferkeit</b>	„Indem man also dem Schmerzvollen standhält, wird man (...) als tapfer bezeichnet. Daher ist denn auch die Tapferkeit mit dem Schmerz verbunden, mit Recht wird sie gerühmt, denn es ist schwerer, dem Schmerzvollen standzuhalten, als sich Angenehmes zu versagen“ (Aristoteles).
<b>Schmerz und Leidenschaft</b>	„Freude und Schmerz und ihre Ursachen, das Gute und das Üble, sind die Angeln, in den sich unsere Leidenschaften drehen“ (J. Locke).
<b>Schmerz und Auseinandersetzung</b>	„Er [der Schmerz] ist – in allen seinen Dimensionen – der Ausdruck einer Krise, die zur Stellungnahme auffordert“ (H. Vetter).

Tabelle 2: Schmerz und Bezug und deren Beschreibung (Patan in Anl. an Kant, Aristoteles, Locke u. Vetter), vorliegend erstellt)

Die Kommunikation zwischen Arzt, Pflegekraft und Patient erfolgt häufig über Metaphern und Vergleiche, die ebenfalls nur unzureichend definieren können, was genau empfunden wird. In der Literatur finden sich für die Beschreibung von Schmerz viele Bilder, zum Beispiel: ein Gewitter zittert durch den Kopf, ein Pfeil schießt in den Rücken, ein Hämmerchen puckert im Finger. Bierbaum (1892) verweist in seinem Gedicht auf die brutale Macht des Schmerzes über unseren Körper, der „Schmerz auslösende Moment“ ist hier der Liebeskummer.

Betroffene Menschen kennen in der Tat in der Zeit des Liebeskummers viele negative Gefühle – so auch Schmerzen.

Dass der Volksmund von „Herzschmerz“ spricht, kommt nicht von ungefähr: Die Trennung vom Liebsten kann durchaus zu organischen Problemen führen. „Das Herz ist ein sehr emotionales Organ, das auf Stress und Hormonschwankungen reagiert“, erklärt Jürgen Schäfer, Kardiologe von der Universität Marburg. „Wenn jemand sagt, ihm tue das Herz weh,

weil der Partner ihn verlassen hat, dann stimmt das wahrscheinlich auch im wörtlichen Sinne.<sup>21</sup>

Schmied Schmerz.  
Der Schmerz ist ein Schmied.  
Sein Hammer ist hart;  
Von fliegenden Flammen  
Ist heiss sein Heerd;  
Seinen Blasebalg bläht  
Ein stossender Sturm  
Von wilden Gewalten.  
Er hämmert die Herzen  
Und schweisst sie mit schweren  
Und harten Hieben  
Zu festem Gefüge.  
Gut, gut schmiedet der Schmerz.  
Kein Sturm zerstört,  
Kein Frost zerfrisst,  
Kein Rost zerreisst,  
Was der Schmerz geschmiedet.

(Bierbaum Otto Julius, S. 214)

Schmerzbeschreibungen lassen sich in affektive (ein Gefühl ausdrückend, zum Beispiel quälend, marternd, lähmend, schrecklich, heftig) und sensorische (die Sinnesqualität betreffend: stechend, drückend, brennend) Aspekte unterteilen.

Affektive und sensorische Schmerzbeschreibungen finden sich auch bei Bierbaum:

---

<sup>21</sup>in Focus online: <http://www.focus.de/gesundheit>, Stand: 26.02.2013Uhr)



Affektive Schmerzbeschreibungen Bierbaums	Interpretation	sensorische Schmerzbeschreibungen Bierbaums	Interpretation
„Er hämmert die Herzen“	Wir empfinden, dass unser Herz hämmert, wenn wir unter Herzrhythmusstörungen leiden. Betroffene Menschen berichten, dass ihnen kalt und schwindelig ist und sie sich matt fühlen. Sie haben manchmal auch leichte Schmerzen in der Brust.	„Sein Hammer ist hart“	Ein sehr harter Bauch in Verbindung mit Schmerz beschreiben Frauen oft als Wehen. Hart ist der Schmerz auch gerade dann, wenn er dauerhaft ist.
		„Ist heiss sein Heerd“	Rückenschmerzen beschreiben Betroffene oft als heiß, stechend, und stetig.
		„Seinen Blasebalg bläht“	Blähungen erzeugen Bauchschmerzen. Diese werden dann als krampfartige Schmerzen empfunden.
		„Ein stossender Sturm“	Stossende Schmerzen sind oft Herzschmerzen. Diese Schmerzen werden als schneidende Stöße am Brustbein oder Rückrat beschrieben.

Tabelle 3: Affektive und sensorische Schmerzbeschreibungen und Vorstellung passender Schmerzarten (Patan in Anlehnung an Bierbaum 1892, vorliegend erstellt)

Den Schmerz beschreibende affektive und sensorische Aspekte fanden sich schon bei Bierbaum und sind bis heute im Hinblick auf die Ergründung eine Schmerzursache brauchbare Umschreibungen. Somit fanden sich schon damals in der Literatur Aussagen zu Schmerzgefühlen und deren Bedeutung.

(Schmerz-) Körper und Kultur, um die Ideen von Zeitlichkeit und Nachträglichkeit und den Begriff der Memoria zu erweitern, erschließt dann jene Dimensionen, die der

Herausgeber des Bandes *Schmerz und Erinnerung*, Roland Bogards<sup>22</sup>, seiner Publikation zugrunde gelegt hat. Bogards verweist schon in der Einleitung seines Buches darauf, welche Reichweite der Schmerz hat: „Der Schmerz, so zeigen die Studien dieses Bandes, hat nicht nur eine körperliche Dimension, sondern ist zudem konstitutiv an ein mnemotechnisches und kulturelles Wissen gebunden.“ (Bogards, Roland, *Schmerz und Erinnerung*, 2005)

Nach Bogards mischt sich Schmerz in den Erinnerungsprozess als erinnerungserzeugendes Element, indem er durch die Distanz zwischen dem Moment des Erinnerns und dem erinnerten Schmerz entsteht und vergangener Schmerz erinnert wird.

Umgekehrt ist Schmerz immer durch Erinnerung bestimmt, da es ein kulturelles Gedächtnis des Schmerzes gibt, das jede aktuelle Schmerzsituation mitbestimmt, weil jedes Schmerzempfinden zugleich individuell und durch eine subjektive Erinnerung an vorangegangene Schmerzen bezogen ist.

Bogards Analysen in *Poetik des Schmerzes* stellen unter anderem Berührungspunkte zwischen Literatur und Wissenschaft dar und halten fest, dass die Sprache ein Berührungspunkt ist.

Damit ergibt sich für die Geschichte des körperlichen Schmerzes in Literatur und Medizin die Frage, ob einem solchen Zugriff nicht das Körperliche des körperlichen Schmerzes entgehen muss, das Fleisch, die Nerven, das Gewebe vor und jenseits der Sprache. Wenn man bei der Sprache bleibt, dann mag es ja noch angehen, eine Geschichte der Darstellung des Schmerzes schreiben zu wollen – aber eine Geschichte des Schmerzes selbst? Hat der Schmerz eine Geschichte? Entscheidend für diese Frage ist, ob und in welcher Weise Kultur in das Verhältnis von Schmerzempfindung und Schmerzausdruck eingreift. (Bogards, Roland, 2007, S. 30/31)

Schmerz wird so, aus dem physisch-psychischen Akt des Zufügens und Erleidens heraus, einerseits als Körper- und Geisteserfahrung, andererseits als ein Konstituent von Kultur und als eine Chiffre des Poetischen begriffen.

Bogards verweist auf drei mögliche Bestimmungen dieses Verhältnisses:

„Erstens: Schmerzempfindung und Schmerzausdruck bleiben von der Kultur unberührt. Entsprechendes formuliert die Sprachtheorie des 18. Jahrhunderts, etwa Gotthold Ephraim Lessing: ‚Schreien ist der natürliche Ausdruck des körperlichen Schmerzes‘.“ (Bogards, Roland, 2007, S. 31)

---

<sup>22</sup> Lehrstuhlinhaber für Neuere Deutsche Literaturgeschichte an der Universität Würzburg Prof. Dr. Roland Bogards, untersucht in seinen Analysen das Thema Schmerz in der Literatur.

Weinen, Seufzen, Ächzen, Stöhnen und auch Schreien sind begleitende Phänomene des Schmerzgeschehens. Pflegekräfte müssen in der Lage sein, das wahrzunehmen beziehungsweise zu deuten, denn gerade bei Patienten mit Kommunikationsschwierigkeiten gelingt es durch diese begleitenden Phänomene, Schmerz zu entlarven.

Die Ausdrucksformen von Schmerz sind ebenso vielfältig wie die Faktoren, die das Erleben und den Ausdruck von Schmerz prägen.

Im Kontext der italienischen Kultur ist das „Lamentarsi“ ein durchaus legitimes Sich-beklagen und hat keineswegs den abschätzenden Beigeschmack des deutschen „Jammerns“. Es mobilisiert die Solidarität der Gruppe, die mit dem Schmerzgeplagten in Verbindung steht und zu denen im weitesten Sinne auch der Arzt oder das Pflegepersonal hinzugerechnet werden. (Blechner, Gerda 2002, S.57)

„In erheblichem Maße ist der Umgang mit und das Erleben von Schmerzen durch kulturelle Einflüsse geprägt. Kulturell beeinflusst ist auch das akzeptierte Schmerzverhalten.“ (Siedentopf, Friederike 2002, S.54).

Zweitens: Die ethnologische Forschung hat in den 1950er Jahren damit begonnen, den Schmerzausdruck auf seine kulturelle Dimension hin zu befragen.

Das Sinnerlebnis, der Schmerz selbst jedoch erscheint weiterhin in anthroposophischer Invarianz. In diesem Zeichenmodell liegen Zeicheninhalt und Zeichenform, Schmerzempfindung und Schmerzausdruck in zwei fundamental voneinander geschiedenen Bereichen. (Borgards, Roland, 2007, S. 31)

Hiermit verweist Bogards darauf, dass die menschliche Kultur voll von Schmerz ist. Zum Teil wird er sogar freiwillig erlitten. Denn Schmerz ist eine wichtige kulturelle Ressource.

Dies liegt nicht nur an verschiedenen Persönlichkeiten. Natürlich üben neben diesen kulturellen Einflüssen die individuellen, persönlichen physischen und psychologischen Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf das Schmerzerleben aus, sodass trotz des kulturellen Hintergrundes, der gesellschaftlichen Erziehung, aller vermittelten und anerzogener Werte und Bewertungen und trotz der Sozialisation, jede einzelne Person ein individuelles Verhalten bei Schmerzen zeigt.

Ethnokulturelle Unterschiede in der Art, Schmerz zu äußern, wurden in der klassischen Studie des Anthropologen Mark Zborowski (1952) anhand von Interviews und Beobachtungen an irischen, jüdischen, italienischen und alteingesessenen amerikanischen (Protestanten britischer Abstammung) Schmerzpatienten mit vorwiegend neurologischen Erkrankungen, wie Diskushernien mit Wurzelreizung und spinalen Läsionen, untersucht. Miteinbezogen wurden auch Familienangehörige, die

zu ihrer Haltung gegenüber Schmerz und Schmerzäußerungen befragt wurden. Jüdische und italienische Patienten zeigten emotionale Schmerzreaktionen. Den Interviewdaten ist zu entnehmen, dass beide Gruppen eine niedrige Schmerzschwelle haben. Jüdische Patienten verhalten sich eher pessimistisch gegenüber Ursache und Therapie der Schmerzen. Die Italiener versuchen, sofortige Hilfe in Anspruch zu nehmen, die sie dann schnell zufrieden stellt. Die Amerikaner zeichnen sich durch phlegmatische und nüchterne Einschätzung der Schmerzen aus und ertragen die Schmerzen ohne entsprechende Schmerzäußerungen. Irische Versuchspersonen zeigen sich ebenfalls zurückhaltend im Schmerzausdruck, ziehen sich von Familie und Freunden zurück, teilweise um unbeobachtet ihren Schmerz auszudrücken. (vgl. Zborowski, Mark 1952: Cultural Components in responses to pain. *Journal of Social Issues* 8: S. 16-30)

Schmerz verändert Anschauungen und Verhaltensweisen. Es kann nicht auf Dauer funktionieren, Signale und Schmerzen zu ignorieren. Die wichtigste Maßnahme besteht darin, den Schmerz zu beobachten, ihn auszuhalten und ihn anzunehmen. Bei einer Verspannung der Muskulatur vermeiden wir zum Beispiel genau die Bewegung, die den Schmerz auslöst. Damit verstärken wir allerdings oft die Ursache, die dann zu einer Blockade und dann zum Schmerz führt.

Ein Ziehen, eine Verspannung, ein Stechen, ein Schmerz möchte ihre Aufmerksamkeit, möchte gedehnt, massiert, entlastet, mobilisiert werden.

Wenn wir die Zeichen unseres Körpers beachten, ist Regenerierung und Heilung möglich.

Drittens: Erst die Gender Studies und eine Forschungsrichtung der klinischen Neurophysiologie unserer Tage radikalieren die ethnomedizinischen Ansätze und kassieren endgültig die Differenz zwischen einem biologischen Substrat einerseits und seiner kulturellen Repräsentation andererseits. Schmerzempfindung und Schmerzausdruck werden damit gleichermaßen zu kulturellen Variablen. (Borgards, Roland, 2007, S. 31-32)

Einen Schmerz wahrzunehmen heißt also, sich zugleich vergangener Schmerzen zu erinnern: Jede Schmerzwahrnehmung ist auf das Schmerzgedächtnis verwiesen; in jedem neuen Schmerz ist bloß aktuell; in jedes schmerzhaftes Jetzt ragt eine erinnerte Vergangenheit hinein. Damit ist ein physiologischer Ort gefunden, an dem Kultur die Erfahrung des Schmerzes ganz fundamental, gleichsam von innen her, mitformt. Den reinen, natürlichen Schmerz gibt es nicht. Aber natürlich gibt es Schmerzen: Der Schmerz ist wirklich. (Borgards, Roland, 2007: 33)

Wie wir Schmerzen empfinden, ausdrücken, worauf wir sie zurückführen und nach welchen Möglichkeiten der Abhilfe wir suchen, das wird auch von sozio-kulturellen-religiösen und zeitgeschichtlichen Einflüssen geprägt.

Borgards (2007) hat in seiner Monographie zur *Poetik des Schmerzes* detailliert verschiedene Etappen einer Entwicklung der Schmerzwahrnehmung aus medizinischer Sicht aufgezeigt sowie ihrer engen Verbindung zu einer Ästhetik und Poetik des Schmerzes:

Der Schmerz hat eine Geschichte. Um dieser Geschichte nachzugehen, muss der Schmerz dort untersucht werden, wo sich Literarisches und Kulturelles berühren: in der Sprache. Dies impliziert die Analyse einer spezifischen Wissensformation zwischen Wissenschaftsgeschichte beziehungsweise Medizingeschichte einerseits und Ästhetikgeschichte beziehungsweise Literaturgeschichte andererseits. Es geht um das Wissen von Schmerz in Literatur und Medizin. (vgl. Borgards, Roland, S. 35)

Die medizinische Erkenntnis über den Schmerz spiegelt sich jedoch nicht nur in der jeweils zeitgenössischen Literatur, sie wird von dieser teilweise auch weitergedacht oder sogar antizipiert. Anhand ausgewählter Beispiele aus der Medizin- und Literaturgeschichte vom 18. bis 19. Jahrhundert macht Borgards dieses spannungsreiche Wechselverhältnis sichtbar. Dabei werden die medizinhistorischen Quellen ebenso eingehend untersucht und erläutert wie ihre literarischen Verarbeitungen, wodurch Borgards Studie einen breiten interdisziplinären Zugang ermöglicht.

Hier wird nicht Leid durch Lust, sondern die Freude durch den Schmerz relativiert; hier erscheint der Schmerz nicht als Gegenbegriff, sondern als Grundgefüge des Lebens; hier wird nicht der Schmerz temporalisierend zurückgesetzt, sondern wird die Zeit schmerzhaft dynamisiert und hier erscheint die Poesie als Technik einer nicht begrenzenden, sondern totalisierenden Verhandlung des Schmerzes.

Das, was Borgards kurz als „Der Schmerz war, und der Schmerz wird sein“ zusammenfasst, sieht er auch in der medizinischen und philosophischen Auffassung der folgenden Jahre wirken: Es findet eine immer größere Aufwertung des physiologischen Schmerzes statt.

Zum Abschluss seiner Monographie zeigt Borgards anhand von Georg Büchners Erzählung (1839) noch einmal eingehend, wie eng literarische Behandlungen des Schmerzes und medizinische Erkenntnisse der Zeit miteinander verknüpft sind. Dazu weist er wiederholt auf die anthropologische Aufwertung des Schmerzes hin sowie auf die gleichzeitige Verunsicherung über die Messbarkeit des Schmerzes. Sowohl der Mechanismus der Schmerzwahrnehmung als auch der des Schmerzausdrucks verlieren ihre Selbstverständlichkeit. Eine Hermeneutik der Schmerzáußerung spielt

so nicht nur in literarischen, sondern auch in medizinischen Texten wie auch in der Pflegepraxis eine Rolle.

Hermann verweist in Studienergebnissen zum Thema: „Der Schmerz als Ausnahmezustand des Körpers in Medizin, Psychoanalyse und Literatur“ (2006), auf die Macht des Schmerzes über den Körper des Menschen seit antiken Zeiten.

Hermann stellt systematische Fragen zum „Ausnahmezustand in der Literatur“ in ihrer Studie über die Ästhetik des Schmerzes. Ihre Fragestellungen beziehen sich in diesem Zusammenhang auf den Schmerz am besonderen Ort des literarischen Textes:

Wie artikuliert sich Schmerz als Phänomen in literarischen Texten?

Wie wird er dort gestaltet, und, systematischer betrachtet, wie gestaltet sich der Text durch ihn?

Hermann verweist darauf, dass viele der Texte, in denen Schmerz in signifikanter Weise vorkommt, deiktische, das heißt hinweisende, Strukturen aufweisen. Sie *zeigen* den Schmerz und verzichten dabei auf Erklärungen. Da kommt es anscheinend viel weniger darauf an, Schmerzursachenforschung zu betreiben, als vielmehr, den drängend peinigenden Schmerz zu verorten, zu zeigen also, wo sich das Geschehen des Schmerzes abspielt, wo am und im Körper und auch an welchem Ort.

Hermann bildete Kategorien, mit deren Hilfe sich Aussagen zum Schmerz in der Literatur identifizieren beziehungsweise klustern lassen:

Wie artikuliert sich Schmerz als Phänomen in literarischen Texten?

Schmerz als zu zeigendes Phänomen: Deixis

Schmerz als Klang

Wie artikuliert sich Schmerz als Phänomen in literarischen Texten?

Zur Dialogizität des Schmerzes im Text

## Schmerz setzt Denkgrenzen

### Auswege aus dem Schmerz

Die deiktische Struktur wendet sich in besonderer Weise an das Sehen, es sind dabei vor allem topographische Muster. In der Schmerzmedizin existieren topographische Muster, wenn bei bestimmten Schmerzerkrankungen in bestimmten Körperregionen Schmerz zeigen. Dies ist eine wichtige Erkenntnis, da sie Rückschlüsse auf bestimmte Erkrankungen zulässt.

Topographische Bilder des Schmerzes finden sich auch in den Gedichten Celans in Bildern von Ausstülpungen für den Schmerz. In dem Gedicht „mittags“ spricht ein „Ich“ von seinem „gekammerten Schmerz“:

Mittags, bei Sekundengeflirr, im Rundgräberschatten, in meinen gekammerten Schmerz- mit dir, Herbei- geschwiegene, lebt ich zwei Tage in Rom von Ocker und Rot – kommst du, ich liege schon da, hell durch die Türen geglitten, waagrecht – es werden die Arme sichtbar, die dich umschlingen, nur sie. Soviel Geheimnis bot ich noch auf, trotz allem.  
(Paul Celan: Celan, Paul: *Werke*. Tübinger Ausgabe. Hg. von Jürgen Wertheimer-Atemwende, Frankfurt a. M. 1996ff, S.77)

Hartung (2006) stellt dar, dass durch die Erkenntnis der Medizin im 17. und 18. Jahrhundert, Schmerz seither in Schmerzereignis und Schmerzwahrnehmung getrennt werden kann.

„Diese Aufspaltung in objektive Vorstellung vom Schmerz als Symptom und dem subjektiven Schmerzempfinden des leidenden Kranken, warf die Frage auf, ob Schmerz Zuschauer haben darf. Einordnen lassen sich diese Überlegungen in die Zeit der Entstehung von Kliniken.“ (Hartung, Heike in Hermann et al. 2006, S. 25)

Da die Krankheit nur Heilung finden kann, wenn die anderen mit ihrem Wissen, ihren materiellen Mitteln und ihrem Mitleid dazukommen, da die Krankheit also nur in Gesellschaft geheilt werden kann, ist es recht, dass das Leiden der einen zu einer Erfahrung für die anderen wird, dass dem Schmerz die Kraft des Offenbarens verliehen wird. (...) So wird der Versuch unternommen, eine Verbindung zwischen objektivem Körperausdruck und subjektiver Gefühlssprache einzugehen. Das Gefühl des Mitleids, so Foucault, koppelt den Körperausdruck an moralische und soziale Dimensionen. (Hartung, Heike in Hermann et al. 2006, S. 26)

Dagegen fungiert Schmerz in einer Fülle von Texten und wissenschaftlichen Untersuchungen als "privilegierter Ort einer Wahrheit der Literatur".

Hermanns Untersuchungen (2006): „Schmerzarten. Prolegomena einer Ästhetik des Schmerzes in Literatur, Musik und Psychoanalyse“ stellen im Kapitel über „Schmerz und Selbstbeobachtung“, damalige Möglichkeiten zur dokumentierten Selbstwahrnehmung dar. Hermann nutzt die Essais Michel de Montaignes und den

Kern seines Projektes zur Selbstbeobachtung, um sich der Beschreibung von Schmerz in der Literatur und Philosophie zu nähern:

„Über zwanzig Jahre lang verfolgt der zumindest für das 16. Jahrhundert schon alternde Montaigne nur ein Ziel: Er will über sich Buch führen. Augenblick um Augenblick, alles jede Regung soll aufgeschrieben, dokumentiert, zu einem Archiv seiner selbst werden.“ (Hermann, Iris, 2006, S.151)

Michel Eyquem de Montaigne begann seine Arbeit an den Essais 1571-73 und es erfolgte die Niederschrift des ersten Buches.

1580 wurde das erste und zweite Buch der Essais veröffentlicht. Im gleichen Jahr unternahm er eine Bäderreise nach Deutschland, Italien und durch Frankreich, um sein Steinleiden zu kurieren. Während diesen Reisen schrieb er ein Tagebuch, welches seine hervorragende Beobachtungsgabe in eindrucksvoller Weise dokumentiert. Diese wurde posthum erst 1774 veröffentlicht.

Montaigne schämt sich nicht, es gibt nichts in seiner Selbstbeobachtung, was er verschweigen möchte. Verschweigen möchte er vor allem nicht die Dinge, die ihm unwillkürlich in den Sinn kommen: „phantastische Ungeheuer“, „Schimären“, imaginäre Kreaturen des Kopfes: „Das Selbstporträt des Ich entsteht in den Essais [...] über die „fantasies“. Sie sind der eigentliche Schreibanlass; er beginnt, sie aufzuschreiben, wohl wissend darum, dass der Schreibprozess neue Schimären hervorlocken wird. (Hermann, Iris, 2006, S. 152)

Hermann nähert sich also dem Schmerz in Montaignes Essais, nicht aber dem Schmerz generell. Es ist sicher so, dass es Überschneidungen geben mag, aber man kann Montaignes Erfahrungen, so wie er sie vor Jahrhunderten niedergelegt hat, sicher nicht einfach auf heutige Schmerzpatienten übertragen.

Trotzdem bleiben die Beschreibungen zum Kopfschmerz interessant.

So lassen die von Montaigne gewählten und erwähnten Phantasiegebilde des Kopfschmerzes dessen Charakter erkennen und Rückschlüsse auf eine Verschlimmerung des Schmerzzustandes zu.

Bei Montaigne gibt es eindeutige Hinweise darauf, dass Schmerz im Tagebuch dokumentiert wurde. Montaigne zieht sogar Rückschlüsse auf zum Beispiel Entstehungsvarianten des Schmerzes, indem er den Schreibprozess als Grund anführt. Das Schmerztagebuch ist auch heute in der Schmerztherapie sehr wichtig, gerade wenn es darum geht, Schmerzursachen zu erforschen.

Immer wieder werden Erzählungen und Erzähler von dem Verlangen nach der Mitteilung und Mitteilbarkeit von Schmerz angetrieben. Das Sagen hört nicht am Schmerz auf, sondern fängt vielmehr nach ihm überhaupt erst an. Hermann (2006)



stellt dies im Kapitel: „Schmerzton-Schmerzsprache: Zusammenhänge zwischen Musik, Sprache und Schmerz“ dar. „Wo Sprache an ihre Grenzen gerät, weil sie sich dem Schmerz aussetzt, da wird ihre Funktion als Bedeutungsträgerin in Frage gestellt. Statt zu bedeuten, zeigt sie vor allem ihr Material, Sprache, die Schmerz artikuliert, zeigt musikalische Qualitäten.“ (Hermann, Iris, 2006, S. 305) Die Autorin beleuchtet, dass Sprache, die Schmerz artikuliert, zu einer grundsätzlichen Geste wird, weil der Akt des Artikulierens selbst in den Vordergrund tritt. Weinen, verwandte Formen des Seufzens, Ächzens, Stöhnens und auch des Schreiens kennzeichnen einen Punkt, wo Sprache und Musik sich berühren. (Hermann, Iris, 2006)

Aber handelt es sich hierbei nicht vielmehr um zwei aufeinander bezogene Facetten des Erfahrungs- und Deutungsspektrums von Schmerz?

Diese Frage beantwortet die Literatur. Schmerz und Erinnerung und deren enge Relation zum Begriff des Traumas geraten in der Krankenpflege oft unaussprechlich und uneinholbar in den Rahmen von Pflegehandlungen. Diese Aspekte müssen im Umgang mit Schmerzpatienten unbedingt Beachtung finden, um wirkungsvoll schmerzprophylaktisch tätig zu sein.

## **2.5 Konsequenzen aus den genannten interdisziplinären Bezügen**

Schmerzen lassen sich nicht auf Probleme der Physis einschränken. Das Phänomen Schmerz betrifft unser Leben in zentraler Weise. Deshalb befassen sich neben der Medizin unter anderem auch die Philosophie, Pflegewissenschaft Religionswissenschaft, Literaturwissenschaft und Ethnologie mit Schmerz. Diese Wissenschaften fragen alle auch nach den kulturellen Rahmenbedingungen sowie den historischen Traditionen und Ausdrucksformen der Schmerzwahrnehmung und -erfahrung. Schmerz wird mit dem Körper erfahren, mit der Seele erlitten und mit dem Geist gedeutet. Schmerz kann auch die Funktion von Kunst haben. Er provoziert, verwirrt, stimmt herab, macht eitel und überheblich, schottet von der Welt ab, vertieft die Weltsicht, und so weiter. Alle diese Effekte sind unabhängig davon, ob es sich um Schmerz infolge eines organischen Defekts handelt oder ob der Schmerz allein im Gehirn „erzeugt“ wurde.

Schmerz ist – neben der Liebe – *die* fundamentale menschliche Erfahrung. Schmerz ist der eigentliche Gradmesser für menschliches Wohl- oder Missbefinden.

Er ist der gewichtigste Ursprung der Medizin, seine Überwindung das untrüglichste Zeichen ihres Erfolgs und die Anpassung von Pflegehandlungen im Schmerzmanagement völlig erwartungsgemäß.

Schmerz ist das universale Mittel der Gewalt; er ist Instrument der Drohung, Strafe oder Buße. Schmerz ist – wie die Medizin insgesamt – Gegenstand der Naturwissenschaft, der Kulturwissenschaft, der Geisteswissenschaft, überdies der Sozialwissenschaft und zwar dort, wo die gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen von Schmerz und Krankheit ins Auge gefasst werden. Medizin, Sozial- und Geisteswissenschaften, Philosophie, die Religionswissenschaft oder die Ethnologie fragen nach den kulturellen Rahmenbedingungen, den historischen Traditionen und den Ausdrucksformen der Schmerzwahrnehmung und -erfahrung. Denn *den* Schmerz gibt es nicht – Schmerzwahrnehmungen und Schmerzerfahrungen sind stark vom kulturellen Kontext abhängig, in den sie eingebettet sind. Diese Erkenntnisse sind für die Pflege von Schmerzpatienten enorm wichtig, denn Pflegeinterventionen sind auf den Aspekt der Ganzheitlichkeit des Individuums ausgerichtet.

Die körperlichen Empfindungen der Menschen von heute sind ganz anders als diejenigen der Menschen von früher und auch heute hat der Schmerz nicht für alle den gleichen Klang. Unser eigener Umgang mit Schmerz und Leiden hat durchaus ambivalente Züge; wir meiden sie nicht nur, sondern sie faszinieren uns auch.

Für den Pflege- und Begleitaltag ist es hilfreich, Informationen zu erhalten, die das übliche Maß an symptomorientiertem Wissen ergänzen und erweitern. Es erleichtert eine ganzheitliche Begleitung, wenn Pflegekräfte beispielsweise über den speziellen Umgang eines Patienten mit Schmerzsituationen Bescheid wissen, seine Essensgewohnheiten kennen oder sich mit seinen Glaubenssätzen hinsichtlich der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen vertraut machen. Dazu der Philosoph Ivan Illich (1984):

Wenn ich Schmerz erleide, dann ist mir bewusst, dass damit eine Frage gestellt wird. (...) Diese Frage ist dem körperlichen Schmerz ebenso eigentümlich wie die Einsamkeit des Schmerzes. Schmerz ist das Zeichen für eine fehlende Antwort; er weist auf etwas Offenes hin – etwas, das mich veranlasst zu fragen: Was fehlt mir? Wie lange noch? Warum muss, soll, kann ich leiden? Warum gibt es ein solches Übel, und warum trifft es gerade mich? Beobachter, die für diesen hinweisenden Bezug des Schmerzes blind sind, haben nichts als konditionierte Reflexe vor sich.

Sie studieren ein Meerschweinchen, nicht einen Menschen. (Illich, Ivan, 1984, S. 168)

Illich ist Kämpfer für die „Ethik der Schmerzbehandlung“, welche zum Ziel hat, das Problem der Schmerzbewältigung auszulöschen und die Schmerzbeseitigung zu favorisieren.

Illichs Ausführungen beschreiben die Pflegehandlungen in Bezug auf Schmerz vortrefflich. Diese Handlungen haben einen interdisziplinären Charakter, verlangen interdisziplinäres Denken und einfühlsames, menschliches Verstehen.

## 2.6 Der Schmerzpatient – Charakterisierung

Eine Charakterisierung des Schmerzpatienten darf kein „Schubladendenken“ hervorrufen, in welchem die Schmerzpatienten eingeordnet werden. Gadamer (2003) meint diesbezüglich:

Denn allen medizinischen Erkenntnissen und Bemühungen zum Trotz, das Zentrum des Schmerzes bleibt der Betroffene, der Patient. Es gibt wenig Anhalt sicher sein zu können, dass Schmerzbehandlung über den Patienten hinweg, quasi als mechanische Handlung am defekten Objekt, erfolgreich sein könnte. Der Patient muss als Subjekt erreicht werden, Verständnis muss geweckt werden für die Therapie, egal ob für medikamentöse oder operative, physikalische oder psychologische Maßnahmen. Nur Verständnis wird den Patienten zu einem Mitspieler in der Therapie der eigenen Schmerzen führen können. Und dieses Mitspielen ist wesentliche Grundlage, um Behandlungsprozesse einleiten zu können. (Gadamer, Hans-Georg, 2003, S.14)

Ein Fallbericht (aus: Deutsche Schmerzliga e.V. 2013<sup>23</sup>) liefert Einblicke in die Situation eines Schmerzpatienten und zeigt auf, dass die Charakterisierung eines Schmerzpatienten komplex ist und von Einflüssen bestimmt sein kann:

Bei einem Unfall mit Sprunggelenksfraktur des linken Sprunggelenks wurde mir postoperativ etwa nach 6 Wochen die Diagnose Morbus-Sudeck o. CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) verkündet. Zur damaligen Zeit konnte ich mit dieser Aussage noch nichts anfangen. Es hätte doch nach dieser Zeit mit den Schmerzen endlich besser werden müssen, aber die Schmerzen wurden immer stärker. An Bewegung des linken Fußes war ohne Schmerzen gar nicht zu denken, geschweige denn der Belastung. Physiotherapie, Eigenschmerzbehandlung mit schmerz-/entzündungshemmenden Medikamenten (NSAR<sup>24</sup>) und ähnlichen Mitteln (in stärkeren Dosen) verhalfen mir nur kurzzeitig zu etwas Linderung. An Bewegung oder gar Belastung war gar nicht zu denken.

---

<sup>23</sup> Deutsche Schmerzliga e.V.

Adenauerallee 18

61440 Oberursel, 2013, Schwarzbuch Schmerz „Es ist mal wieder Wochenende“, PD Dr. med. Michael A. Überall (Präsident der Deutschen Schmerzliga e.V.)

Alle Texte und Bilder stammen von betroffenen Mitgliedern der Deutschen Schmerzliga e.V.

Die Namen der Betroffenen liegen der Deutschen Schmerzliga e.V. vor.

<sup>24</sup> NSAR Nichtsteroidale Antirheumatika

Die erste Kur, die ich etwa ein halbes Jahr nach dem Unfall bekam, linderte meine Beschwerden nicht. Ich wurde auch weiterhin krankgeschrieben. Ein halbes Jahr später bekam ich die 2. Kur, die wieder nicht viel mehr brachte als die Erste. Dort wurde ich postoperativ nach 4 Monaten krank entlassen. Nach diesen 4 Monaten waren meine 78 Wochen Krankschreibung ausgeschöpft. Ich musste mich mit Begleitung, da ich mich ja selbst nur schwer fortbewegen konnte, auf dem Arbeitsamt melden. Dort wurde mir beim 2. oder 3. Besuch gesagt, dass der Amtsarzt des Arbeitsamtes, ohne mich ein einziges Mal gesehen oder untersucht zu haben, festlegte, ich könne 8 Stunden arbeiten. Hier muss ich noch einfügen, dass mein erlernter Beruf Elektroinstallateur ist, ich zur damaligen Zeit in der Glasverarbeitenden Industrie tätig war. Nach einem circa 2 jährigen nervenaufreibenden Kampf bekam ich dann vom Sozialgericht eine befristete EU-Rente bewilligt, welche ich alle 3 Jahre unter physischen und psychischen Anstrengungen neu beantragen musste. In dieser Zeit wurde bei mir mit einer intensiven Schmerztherapie begonnen, die allerdings erst nach einem 3wöchigen Klinikaufenthalt zu etwas Erfolg führte. Das heißt, dass ich ohne Belastung z. Zt. bei einem Schmerzdurchschnitt auf der Schmerzskala bei 5 liege. An ein schmerzfreies Gehen ohne Stöcke ist gar nicht zu denken. Mit diesem Krankheitsbild wurde mir bis jetzt nach mehrmaligem Anlauf vom Versorgungsamt in S... nur eine Behinderung von 30 Prozent bewilligt. Einem Bekannten von mir, den ich in der Schmerzambulanz kennen lernte und der das gleiche Krankheitsbild wie ich hat, wurde im Nachbarkreis eine Behinderung von 80 Prozent bewilligt. Wird hier in der Bundesrepublik in den einzelnen Kreisen mit anderen Regeln und Vorschriften gearbeitet??? Weiterhin wurden bei mir noch eine Makuladegeneration und eine Schlafapnoe diagnostiziert. Trotz alledem liege ich immer noch bei einem Behinderungsgrad von 30 Prozent. (Deutsche Schmerzliga e.V., 2013, S.11)

Adler (2004) beschreibt zwei Typen von Schmerzpatienten:

Die einen haben eine dramatisierende, ausdrucksvolle, anklammernde Persönlichkeit. Sie sind vordergründig sehr aufgeschlossen für unsere Therapien, machen aber nur mit, was ihnen „in den Kram passt“ und versuchen oft, uns Schuldgefühle zu vermitteln, wenn wir ihnen zum Beispiel ein Medikament oder eine Massage aus gutem Grund verweigern. Der andere Typ Schmerzpatienten neigt zu Ordnung, Kontrolle und intellektuellem Verstehen. (Adler, Rolf: in Osterbrink, Jürgen, 2004, S. 73)

Baust (2012) stellt dar, dass das Bildungsniveau eines Schmerzpatienten Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung hat.

Je höher das Bildungsniveau eines akut verunfallten Patienten, desto niedriger ist die Schmerzwahrnehmung und die daraus resultierende Opioidgabe durch das ärztliche Notaufnahmepersonal. Dieses Ergebnis publizierten US-amerikanische Wissenschaftler nach Auswertung der Daten ihrer prospektiv randomisiert durchgeführten Studie. Baust, Holger, 1-2012, S. 25)

Baust stellt die Studie mit 690 Patienten, die durch einen PKW-Unfall leichte Verletzungen erlitten hatten und nach Diagnostik nach Hause entlassen werden konnten vor. Rettungsstellen-Ärzte sammelten soziodemografische Daten anhand strukturierter Fragebögen zu Kategorien: Bildungstand, Einkommen, Schmerzintensität und Opioidgabe. Das Fazit der Studie fasst Baust wie folgt zusammen:

Patienten haben nach leichteren Verkehrsunfällen und bei höherem Bildungsniveau eine geringere Chance, Opioide zur Behandlung des Akutschmerzes zu bekommen. Allerdings geben Patienten mit höherem Bildungsgrad im Vergleich auch seltener hohe

Schmerzintensitäten an. Ursachen dafür sind noch unklar und bedürfen weiterer Abklärung. (Baust, Holger, 1-2012, S. 25)

Erwartungen und Charakteristika stehen sich gegenüber. Es ist eben nur ein verständiger Patient motiviert genug. Dies ist für Pflegende eine sehr wichtige Erkenntnis, die sich im Pflegehandeln abbilden muss.

### **2.6.1 Schmerz im Alter**

Schmerzforscher Schutter (2010) gibt bekannt:

Während die Lebenserwartung eines Mannes in einem Drittweltland wie Mali heute 47,6 Jahre, und die einer Frau 48,3 Jahre beträgt, ist nach der UN-Population Database die Lebenserwartung eines Mannes in Deutschland im Jahre 2010 mit 77,1 Jahren und die einer Frau mit 82,4 Jahren prognostiziert. Dieser Unterschied wird durch viele unterschiedliche Prädiktoren bestimmt, unter anderem ist die geringere Kindersterblichkeit in Industrieländern, aber auch die bessere medizinische Versorgung und Ernährung dafür verantwortlich. Die hohe Lebenserwartung in unserem Land führt zu einer Reihe sozioökonomischer Veränderungen, die sich insbesondere durch die gegenüber 1910 erheblich veränderte Alterspyramide darstellen lassen. (Schutter, Ulf, 2010, Abstract Schmerzkongress 2010<sup>25</sup>)

Fischer (2009) berücksichtigt in seiner Dissertation zum Thema „Entwicklung eines Instruments zum Assessment von Schmerzen bei alten Menschen mit schwerer Demenz“ Aussagen zum Thema Alter und Schmerz.

Die Auswirkungen der physiologischen Alterung auf das Schmerzerleben sind bisher nicht ausreichend erforscht (vgl. Yezierski 2007), insbesondere ist die Forschungslage zum Teil widersprüchlich und bruchstückhaft. Die Interpretation vorliegender, vor allem experimentell gewonnener Ergebnisse deutet auf folgende Veränderungen beim physiologischen Alter hin (Edwards 2005): Es scheint, dass sich die Schmerzschwelle leicht erhöht, so dass nozizeptive Reize im Alter später als Schmerz wahrgenommen werden als von Jüngeren und ggf. auch Frühwarnzeichen einer Erkrankung (zum Beispiel Angina Pectoris – Schmerz) später ins Bewusstsein des Betroffenen rücken. Gleichzeitig scheint die Schmerztoleranz leicht zu sinken; Schmerzen werden also weniger lange ausgehalten. Beides zusammengekommen bedeutet für die klinische Praxis, dass bei alten Menschen einerseits erhöhte Aufmerksamkeit für bereits „leichte“ Schmerzen als Warnsignal herrschen muss und andererseits bei bestehenden Schmerzen noch schneller reagiert werden muss als bei Jüngeren. (Fischer, Thomas, 2009, S.17-18)

Fischer führt weiterhin an, dass es zur Schmerzprävalenz von Bewohnern von Pflegeheimen in vorliegenden Studien zu unterschiedlichen Aussagen kommt. In den deutschen Studien wurden alle Schmerzarten, nicht nur chronische Schmerzen, berücksichtigt.

---

<sup>25</sup> „Differenzierte Schmerztherapie bei älteren Patienten“ Quelle: Statement von Roderich Egeler, Präsident Statistisches Bundesamt [www.oberbergischer.kreis.de/imperia/md/images](http://www.oberbergischer.kreis.de/imperia/md/images), Pressekonferenz am 18.11.2009 in Berlin“

Auf Basis des Bundesgesundheitssurveys von 1998 (Bellach et al. 2000) wurde bereits eine Prävalenz von mittleren oder starken Schmerzen innerhalb einer Woche von 55,1 Prozent bei Frauen und 41,2 Prozent bei Männern ermittelt und dies innerhalb der Altersspanne von 18 bis 80 Jahre. In allen Altersgruppen gaben Frauen mehr Schmerzen an als Männer. Im Alter zeigte sich eine Zunahme von Schmerzen insgesamt sowie an allen Lokalisationen (Rücken, Schulter, Nacken, Arme, Hände, Hüfte, Beine, Füße) mit Ausnahme des Kopfes. Genauere Angaben zur Schmerzprävalenz im Alter fehlen in der Veröffentlichung. Zudem muss aufgrund der Methode der Stichprobengewinnung mit einer Unterrepräsentierung von Heimbewohnern, Kranken und Hochaltrigen gerechnet werden.

Nach einer repräsentativen Erhebung in der Altenbevölkerung mittels des Giessener Beschwerdeboogens (Gunzelmann et al. 2002) stellen Schmerzen die häufigsten Beschwerden in der deutschen Altenbevölkerung dar (Rangfolge bei „erheblichen“ und „starken“ Beschwerden: 1. Kreuz/Rückenschmerzen, 2. Gelenk-/Gliederschmerzen, 3. Nacken-/Schulterschmerzen, (...), 8. Kopfschmerzen). Auch bei dieser Stichprobe ist von den genannten Einschränkungen der Repräsentativität auszugehen. Die Ergebnisse stehen in Einklang mit einer Untersuchung von Ferrell et al. (1995) in zehn US-amerikanischen Altenheimen.

Schmerzforscher Siegel wies bereits im Jahr 2000 darauf hin, dass die durch altersphysiologische Prozesse hervorgerufenen Veränderungen im Sensorium den Akutschmerz als Warnsignal nicht mehr in vollem Umfang präsentieren. Am Beispiel des Knochenbruchs demonstriert er diese fatale Realität, denn alte Menschen verschleppen behandelbare Störungen oft über Monate und Jahre. Siegel führt weiterhin an, dass eine zusätzliche Gefährdung älterer Menschen von schmerzbedingtem Vermeidungsverhalten ausgeht. Somit ist der Schmerz als Ursache für Immobilität, soziale Isolation und letztlich Pflegebedürftigkeit zu sehen. (vgl. Siegel, Not-Rupprecht, 2000, S. 271-272)

Thomm (2009) berichtet zum Thema „Schmerzbehandlung im Alter“ in Likar et al.<sup>26</sup> über Studienergebnisse von Basler et al. (2003): „In einer Studie von Basler et al. (2003) berichten 75 Prozent der befragten älteren Menschen (263) über Schmerzen im unteren Rücken, in der Hüfte und im Bein und bezeichnen ihren Schmerz in den letzten Wochen als unerträglich.“ (Thomm, Monika in: Likar et al., 2009, S. 161)

---

<sup>26</sup> Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther, Märkert, Dieter; Ilias, Wilfried: "Schmerztherapie in der Pflege", Springer, Wien 2009

Die vorliegenden internationalen und deutschen Studienergebnisse zur Epidemiologie und Ätiologie von Schmerzen sind bisher als noch nicht ausreichend zu betrachten. Insbesondere fehlen aussagekräftige Daten zu den ältesten Altersgruppen (Jones & Macfarlane 2005) und die Aussagen zu den Schmerzursachen sind äußerst heterogen. Ableitungen für konkrete Subpopulationen alter Menschen müssen deshalb äußerst vorsichtig getroffen werden. (Fischer, Thomas, 2009, S.18-19)

Der internationale Schmerzkongress in Mannheim (2010) berücksichtigte das Thema: „Schmerz im Alter“ stärker und Schutter vertritt hier<sup>27</sup> die Expertenmeinung. Besonders im Gesundheitswesen führen diese Veränderungen zu einer immer älter werdenden Klientel und damit assoziierten Behandlungsproblemen. Schutter schildert, dass sich der behandelnde Arzt und die beteiligten nichtärztlichen Therapeuten zunehmend mit der Patientengruppe der „Betagten“ und „Hochbetagten“ konfrontiert sehen.

Schutter verweist darauf, dass diese Patientengruppen sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie Besonderheiten aufweisen, die einer veränderten Vorgehensweise bedürfen. Ältere Patienten zeigen häufig ein progressives kognitives Defizitsyndrom, Multimorbidität und zunehmende Organinsuffizienzen. Des Weiteren bedürfen sie in der Regel einer Polypharmakotherapie, die mit vielen möglichen Interaktionen behaftet ist.

So leidet 1/3 der Patienten über 70 Jahren an mindestens fünf chronischen Erkrankungen und nimmt mehr als drei verschiedene Arzneimittel pro Tag ein. Neuere Studien zeigen sogar eine noch höhere Anzahl von Substanzen (fünf und mehr), die älteren Patienten gleichzeitig zur Therapie verabreicht werden.

Chronische Schmerzen zählen zu den häufigsten Erkrankungen älterer Patienten, sie treten häufig mit anderen Komorbiditäten wie Depression, Insomnie, entzündlichen und nicht entzündlichen muskuloskelettalen Erkrankungen und Aktivitätsminderungen auf, die Diagnostik und Therapie zusätzlich erschweren. Mehr als 50 % der älteren Bevölkerung klagen über chronische Schmerzen. Auch Symptome wie Nausea, Hyperemesis, Obstipation, Hyperhidrosis, Vertigo, Appetitminderung, Müdigkeit und Miktionsstörungen treten in höherem Alter medikationsunabhängig häufig auf. (Schutter, Ulf, 2010, Abstract Schmerzkongress 2010)

Schmerztherapie im höheren Alter stellt durch diese vorgegebenen Bedingungen besondere Anforderungen und bedarf mehrerer Voraussetzungen, um erfolgreich zu sein. Thomm (2009) teilt Schutters Meinung:

Eine sichere und effektive Anwendung von Analgetika bei der Behandlung chronischer Schmerzen im Alter erfordert genaue Kenntnisse der altersphysiologischen Veränderungen und der altersspezifischen pharmakodynamischen Wirkung der Analgetika; denn (...) das Altern ist ein besonderer und individueller Prozess, der sich bei jedem Menschen unterschiedlich vollzieht. (Thomm, Monika in: Likar et al., 2009, S. 163-164)

---

<sup>27</sup> Schutter, Ulf, 2010, Abstract Schmerzkongress 2010

Beide Autoren stellen indirekt dar, dass Anforderung für am Schmerzmanagement von betagten Menschen beteiligten Berufsgruppen, zunächst die Wahrnehmung des Schmerzes mit all seinen Begleiterscheinungen ist. So finden Pflegekräfte in diesen Ausführungen auch Bestätigung zur Verbesserungsnotwendigkeit ihrer Wahrnehmungsfähigkeit.

Schmerz ist kein "normaler" Bestandteil des Alters, obwohl das viele Menschen immer noch annehmen. In der Realität müssen aber viele ältere Menschen unnötig Schmerzen ertragen, weil Ärzte und Pflegekräfte häufig nicht über die neuesten Erkenntnisse in der Schmerztherapie verfügen beziehungsweise sich scheuen, diese anzuwenden. "Außerdem tun sich alte Menschen oft schwer damit, erstens den Begriff 'Schmerz' als etwas zu begreifen, über das man spricht, und ihn zweitens dann auch noch exakt zu beschreiben. Eine aktuelle Untersuchung hat beispielsweise gezeigt, dass viele alte Menschen Schmerz als eine Herausforderung, als Zeichen von Schwäche oder als Strafe für eine vermeintliche Schuld begreifen", erklärt Junker (2005), dessen Patienten zu fünfzig Prozent über sechzig Jahre alt sind. Ärzte und Pflegekräfte müssten das berücksichtigen und besser auf die älteren Schmerzpatienten eingehen, fordert Junker. (vgl. Junker, Uwe, 2005, S. 24)

Eine erfolgreiche Schmerztherapie sei aber mehr, als Schmerzen zu nehmen. Sie verhindere auch das Entstehen von Pflegebedürftigkeit, mahnt Osterbrink, "Schmerztherapie, auf diese Weise betrachtet, ist eigentlich Prophylaxe", so Osterbrink und verdeutlicht das an einem Beispiel:

Ein hochbetagter Mensch leidet nach einer großen bauchchirurgischen Operation unter akuten Schmerzen, die aber nur unzureichend behandelt werden. Aus diesem Grund ist er seit einer Woche bettlägerig, also ungewollt immobil. Er kann in dieser Zeit bis etwa drei Kilogramm an Muskelmasse verlieren. Dies bedeutet, dass man diesen Patienten später nur noch schwer aktivieren und mobilisieren kann.

Auf diese Weise würde Schmerz Bettlägerigkeit und somit Pflegeabhängigkeit begünstigen. "Je höher der Schmerz, desto höher ist die funktionelle Einschränkung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens", so Osterbrink weiter. Was kann und sollte zur Behebung dieses Problems getan werden? Die *Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes* (DGSS) hat klare Vorstellungen: „Der wichtigste Schritt steht am Anfang und besteht darin, unsere Aufmerksamkeit darauf zu lenken, Schmerzen bei älteren Menschen wahrzunehmen (...).“ (Osterbrink, Jürgen, *Handbuch Schmerz*, DGSS, 2009, S. 185) Diese Wahrnehmung ist durch externe Faktoren beeinflusst. Um die Wahrnehmungsfähigkeit von Pflegekräften klarer zu



gestalten, muss klar sein, dass deren Interventionen im Hinblick auf die Schmerzwahrnehmung stark klientenorientiert verlaufen sollten.

Siegel (2010) vertritt die Auffassung<sup>28</sup>, dass sich auch die Präsentation des Schmerzes durch den alten Patienten ändert. Das „underreporting of pain and disability“ ist ein Phänomen, das jeder Altersmediziner bestens kennt. Siegel geht davon aus, dass nur durch genaue Kenntnis all dieser Veränderungen und ihrer Folgen für die Funktionalität und Teilhabe zu einer erfolgreichen Schmerzbehandlung bei älteren Menschen führen.

Verträglichkeit und Akzeptanz der Schmerztherapie hängen ganz wesentlich davon ab, dass behandelnde Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten ihre Maßnahmen auf das altersphysiologische Veränderungsprofil ihrer Patienten abstimmen. Insbesondere bei der medikamentösen Therapie und ihrer Überwachung spielt das Wissen um die altersabhängigen Veränderungen von Pharmakokinetik und Pharmakodynamik eine wichtige Rolle.

Und nicht zuletzt muss eine zielorientierte Therapie die häuslichen und familiären Gegebenheiten der Patienten berücksichtigen. Die Einbeziehung der Angehörigen oder der nachbarschaftlichen Helferkette erfordert Information, Führung und Vertrauen bei den Helfern. Hier ist der behandelnde Arzt besonders gefordert.

Vor allem aber hängt der Erfolg einer Schmerztherapie davon ab, dass der Arzt den Patienten ernst nimmt. Schmerzen sind subjektiv, und bei älteren Patienten unterliegt auch ein erfahrener Mediziner nur zu schnell den Altersstereotypen, wie beispielsweise der Aussage, dass Schmerzen zum Alter dazugehörten. Dem gilt es entgegenzuwirken. (Siegel, Not-Rupprecht: „Schmerz im Alter - was gilt es zu bedenken? Abstract, Mannheimer Internationaler Schmerzkongress 2010)

Dieser Meinung können sich Pflegekräfte nur anschließen.

### **2.6.2 Schmerz bei Kindern und Jugendlichen**

Schmerzen bei Kindern werden oft nicht ernst genommen, als übertrieben oder nicht krankhaft und damit nicht behandlungsbedürftig angesehen. Die Diagnostik kindlicher Schmerzen ist wegen der für Erwachsene schwer nachvollziehbaren Schmerzartikulation schwierig.

Der Mediziner Zimmer (2002) stellt die Therapiesituation bei Kindern und Jugendlichen wie folgt dar:

Die trivialste Feststellung „Kinder und Jugendliche sind kleine Erwachsene“ erweist sich insbesondere in der Behandlung von Schmerzsyndromen als untauglich. Die Besonderheiten der Schmerzsyndrome im Kindes- und Jugendalter beschränken sich nicht darauf, alters- oder gewichtsabhängige Dosierungen von Analgetika zu kennen. Den Schmerztherapeuten

---

<sup>28</sup> Siegel, Not-Rupprecht, 2010, Abstract Internationaler Schmerzkongress, Mannheim 2010

von Kindern und Jugendlichen zeichnet ein komplexes und profundes Erfahrungs- und Wissensspektrum aus, von der Schmerzeinschätzung über die Diagnostik der zugrundeliegenden Erkrankung bis zur individuellen Therapiestrategie. (Zimmer, Klaus-Peter in Gralow, Ingrid et al.,2002, S. 263)

Schon frühzeitig sollten Kinder befähigt werden, mit Schmerzen adäquat umzugehen. Dies gelingt am besten durch spielerische Aufklärung über zu erwartende Schmerzen und eine Nachbearbeitung von schmerzhaften Prozeduren, wie Impfungen, Blutabnahmen, Zahnarztbesuche oder ähnliches. Modellernen durch Rollenspiele, vorherige Besuche ohne schmerzhaftes Intervention oder Videos sind geeignet, die Kooperation der Kinder zu gewinnen. (Pothmann et al. 1990)

Zimmer (2002) weist richtig darauf hin, dass es zur Einschätzung von Schmerzen bei Kindern notwendig ist, die nonverbale Sprache zu verstehen. (vgl. Zimmer, Klaus-Peter in Gralow, Ingrid et al.,2002, S. 264)

Prävention und Behandlung von Schmerzen bei Kindern haben in den letzten Jahren verstärkt Aufmerksamkeit erhalten. Die Forschungsarbeit von Anand (1987) hat im Wesentlichen dazu beigetragen, dass man heute weiß, dass Schmerzen bei Kindern ihrer körperlichen und seelischen Entwicklung schaden. Zimmer (2002) gibt hier auch kurzen Einblick in Anands Forschungsarbeit zum Thema: „Schmerz tötet“.

Laut neuer Richtlinien, die in den *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* veröffentlicht wurden, bleibt Schmerz bei neugeborenen Babys oft unerkannt und wird daher auch unzureichend behandelt. Diese Richtlinien empfehlen in der nachgeburtlichen medizinischen Betreuung die angemessene Anwendung der Analgesie bei allen entsprechenden Indikationen, um so den Umgang mit neonatalem Schmerz zu verbessern und dessen negative Langzeitwirkungen zu verringern.

Die Richtlinien wurden von der International Evidence-Based Group for Neonatal Pain aufgestellt. Diese Gruppe von Spezialisten für pädiatrischen Schmerz besteht aus 25 Ärzten und Schwestern aus zwölf Ländern unter dem Vorsitz Professor K.J.S. Anands vom Arkansas Children's Hospital in Little Rock, Arkansas, USA.

Professor Anand hebt hervor: "Neueste Forschungen haben erwiesen, dass Schmerz ein umso größeres Schadenspotential aufweist, je früher und häufiger er auftritt. Kinder, die als Neugeborene wiederholt Schmerzen ausgesetzt waren, können größere Angst vor Schmerz entwickeln als andere Gleichaltrige."

"Wir haben diese gemeinsame Erklärung zur optimalen Anwendung von Analgetika bei Neugeborenen herausgegeben, um so zur Verminderung von Langzeitfolgen

beizutragen. Wir wollen dazu beitragen, die klinische Praxis zu verändern, indem wir deren Distanz zur akademischen Forschung verringern." Auf Intensivstationen sind Neugeborene häufig invasiven und potentiell schmerzhaften Eingriffen ausgesetzt. Neuere Studien zeigen beispielsweise, dass Neugeborene auf der Intensivstation erstaunlich viele invasive Verfahrensweisen ertragen müssen und aus einer anderen Studie geht hervor, dass derzeit durchschnittlich nur drei Prozent dieser Maßnahmen unter der Anwendung entsprechender Analgetika durchgeführt werden. Die Forscher glauben, dass der Mangel an Bewusstsein dafür, dass Neugeborene überhaupt Schmerz empfinden können und die Angst vor möglichen negativen Folgen von Analgetika, insbesondere von Opioiden, unter den Mitarbeitern des Gesundheitswesens dazu beiträgt, dass die Schmerzbehandlung von Neugeborenen behindert wird. Die Forschung von Hamers et al. belegt, dass viele Pflegende anscheinend eine negative Einstellung bezüglich der Verabreichung von Analgetika an Kinder haben. Vor allem bei kleinen Kindern fürchten sie toxische Nebenwirkungen und zögern die Verabreichung so lange wie möglich hinaus, auch deshalb, weil sie Schmerzen für ein wichtiges Warnsignal halten. Trotzdem vertrauen Pflegende eher der Analgetikagabe als nichtmedikamentösen Verfahren, wie die Studie von Hamers belegen konnte. (Hamers et al., 1994)

Aus dem vorliegenden Belegmaterial von Anand (1987) geht allerdings klar hervor, dass Neugeborene Schmerz empfinden können, was zum Abbau von Schmerz und dessen negativen Folgen den Einsatz von sicheren und effektiven Interventionen auf pharmakologischer Ebene wie in der Gestaltung der Behandlung und der Behandlungsumgebung dringend erforderlich macht. (Anand, KJS et al., 1987, S. 8-243)

Zu diesen drei Arten von Maßnahmen könnten beispielsweise gehören:

Umgebung: Verringerung von Licht und Lärm in der Nähe des Babys sowie ausreichende Ruhezeiten zwischen den medizinischen Behandlungen; Verhalten: Wickeln des Babys und Verwendung von gesüßten Schnullern (Nuckeln); Pharmakologische Maßnahmen: Verwendung lokaler Anästhetika wie EMLA<sup>29</sup>

Die Forscher um Anand (1987) haben acht Grundprinzipien zur Pflege von Neugeborenen erarbeitet, wozu beispielsweise die folgenden Regeln gehören:

---

<sup>29</sup> Präparat zur örtlichen Betäubung, die eine eutektische Mischung aus Lidokain und Prilokain, Morphin und anderen Opioiden, Acetaminophen oder sonstigen Mitteln zur örtlichen Betäubung enthält. (Herstellerinformation: AstraZeneca GmbH, 22876 Wedel)

Wenn eine Maßnahme für Erwachsene schmerzhaft ist, so ist sie das auch für Neugeborene, auch wenn es sich um Frühgeborene handelt.

Die adäquate Schmerzbehandlung sollte im Zusammenhang mit einer Verminderung der klinischen Komplikationen und der Sterberate gesehen werden.

Die entsprechende Anwendung von pharmakologischen Interventionen beziehungsweise Änderungen in der Behandlung und der Behandlungsumgebung kann neonatalem Schmerz in vielen klinischen Situationen vorbeugen, ihn reduzieren oder gar vermeiden.

Anand erklärt, dass seine Richtlinien praktische Maßnahmen für den Umgang mit Schmerz, die von den Stationen für neonatale Intensivpflege (NICU<sup>30</sup>) Unit) in einer ganzen Reihe von Verfahren – Fersenschnitte, Lumbalpunktionen, intramuskuläre Injektionen – einfach angewandt werden können enthalten.

Anand geht davon aus, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen aus den gemeinsamen Erklärungen hauptsächlich in etablierten Kliniken, die eine fortschrittliche medizinische und pflegerische Betreuung von kritisch erkrankten Neugeborenen bieten, anzuwenden seien. Aber die Forscher hoffen, dass sie auch von anderen klinischen Einrichtungen für den Umgang mit neonatalem Schmerz übernommen werden. (Anand, KJS et al., 1987, S. 8-243)

Bei der Realisierung einer erfolgreichen Schmerztherapie bei Kindern ist es wichtig, Faktoren zu kennen, die einer erfolgreichen Schmerztherapie im Wege stehen. Nachfolgend werden die von Abu-Saad (1989) beschriebenen Faktoren aufgezählt:

- Individueller Charakter der Schmerzempfindung und die Schwierigkeiten bei der Kommunikation über Schmerzen zwischen Pflegenden und Patient
- Unterschiedliche Ideen und Vorstellungen von Patient und Pflegenden hinsichtlich der Schmerzempfindung und des Schmerzverhaltens
- Das Fehlen von Absprachen über die jeweiligen Zuständigkeit der verschiedenen Fachdisziplinen für Schmerztherapie.

In der Pflege gab es verstärkte Unternehmungen, diese hinderlichen Faktoren auszuräumen und somit die Pflegearbeit zu verbessern. (Kuiper, Mariou de 1999)

---

<sup>30</sup> NICU: Neonatal Intensive Care

Plate weist in seiner Diplomarbeit (2001) darauf hin, dass der Lernerwerb in der Kinderkrankenpflege zum Thema „Schmerzerfassung bei Kindern“ primär durch "learning by observing" erfolgt. Er fordert eine Erweiterung dieser Thematik in den Kurricula zur Kinderkrankenpflegeausbildung und in der Fachliteratur. (Plate, Andreas 2001)

Unter zur Hilfenahme von Hermann (2010) lassen sich Dringlichkeit und Reichweite der Aussage Plates stützen. Hermann hat mit ihrer Arbeitsgruppe erforscht, inwieweit Schmerz im Säuglings- und Kleinkindalter im weiteren Leben Spuren hinterlässt. Es wurden Kinder mit einbezogen, welche unmittelbar nach der Geburt intensivmedizinisch behandelt werden mussten, weil etwa Operationen durchgeführt wurden. Dann wurden Kinder miteinbezogen, welche als Frühgeborene vor der 31. SSW<sup>31</sup> zur Welt gekommen sind und deshalb ebenfalls intensivmedizinisch versorgt wurden. Kinder, die im Alter zwischen sechs und 24 Monaten Verbrennungen erlitten hatten, wurden auch in der Studie untersucht. Die experimentalpsychologische Untersuchung dieser Kindergruppe im Alter zwischen neun und 16 Jahren konzentrierte sich auf die Reaktion der Studienteilnehmer auf Schmerzreize, wie zum Beispiel Hitze oder mechanischer Druck. Im Fazit der Studie haben Kinder, die unmittelbar nach der Geburt Schmerzen erlebten, eine erhöhte Schmerzschwelle.<sup>32</sup> Des Weiteren stellt Hermann fest, dass diese Kinder im Alltag nicht häufiger unter chronischen Schmerzen litten. Aber bei der Schmerzbewältigung dieser Kinder fiel auf, dass sie bei Schmerzvorkommen stärker katastrophisieren, somit Schmerz als etwas Furchtbares beziehungsweise Zerstörerisches empfinden. (vgl. Hermann, Christiane 2010, S. 68-69)

Hermanns Untersuchungen zeigen, wie wichtig (Dringlichkeit) eine Schmerzanamnese in der Kinderkrankenpflege wäre. Die Ergebnisse (Reichweite) ihrer Forschungsergebnisse demonstrieren, dass eine durch Pflegekräfte vorgenommene Lebenslaufanalyse bei chronischen Schmerzpatienten Schmerzursachen aufdecken kann und somit Therapieentscheidungen beeinflussen wird.

---

<sup>31</sup> SSW-Schwangerschaftswoche

<sup>32</sup> Die Kinder „hielten mehr Schmerzen“ aus, bis sie einen kurzen Reiz als schmerzhaft empfanden.

### 2.6.3 Gender und Schmerz

Zimmer (2004) stellt dar, dass viele Menschen davon ausgehen, dass Frauen und Männer unterschiedlich auf Schmerz reagieren. Zur Beschaffenheit dieser Unterschiede gibt es verschiedene Auffassungen.

Frauen leiden häufiger an chronischen Schmerzen als Männer und ihre Schmerzempfindlichkeit ist generell höher. Die Geschlechtsunterschiede beim Schmerz, hervorgerufen durch genetische, hormonelle und soziale Faktoren, sind aber weder ausreichend erforscht, noch werden sie in der klinischen Versorgung berücksichtigt.

„So wird häufig vermutet, dass Männer weniger schmerzempfindlich seien und ihre Sozialisation darauf hinziele, Schmerzäußerungen als Zeichen von Schwäche zu erachten und dementsprechend zu unterdrücken, während Frauen dazu ermutigt würden, ihre Gefühle zu äußern und auch Schmerz mitzuteilen.“ (Zimmer, Claudia in: Basler, Hans-Dieter et al., 2004, S. 203)

Soziologen bezeichnen mit dem Terminus Geschlechterrolle (Englisch: gender role) die nicht biologischen gesellschaftlich konstruierten Distinktionen zwischen Frauen und Männern, zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit. Die Gesellschaft erwartet, dass sich Männer und Frauen von der Art der Bekleidung bis zu ihren Lebensentwürfen unterscheiden. (vgl. Joas, 2001, S. 267) Diese Erwartungen lassen sich auch auf die Erwartungen zum Schmerzverhalten von Männern und Frauen übertragen.

Diverse Untersuchungen widmen sich der Entschlüsselung dieser Erwartungen.

Freye (2010) sieht für das differenzierte Schmerzempfinden von Frauen und Männern wesentliche Ursachen in der unterschiedlichen Aktivierung schmerzrelevanter Areale im Gehirn. Frauen, so Freye, aktivieren Schmerz über das limbische System, über die Emotionen. Das erklärt auch ihre Art der Beschreibungen von Schmerzen. Bei Männern wird der Schmerz anders kognitiv aktiviert und wahrgenommen, was sich wiederum in ihrer Art, ihn zu beschreiben widerspiegelt. Freye führt diese Unterschiedlichkeit auf hormonelle Differenzen zurück. Hohe Östrogenspiegel aktivieren Schmerz. Die unterschiedliche Ansprechbarkeit von Opioiden bei Frauen und Männern belegt diese These. Freye fordert deshalb unter anderem, mehr diagnostisches Instrumentarium zu entwickeln, um diese Unterschiede exakt nachzuweisen und in der Therapie zu nutzen. (Freye, Enno, 2010, S. 243-255)

Geschlechtsspezifische Unterschiede und eine unterschiedliche Schmerzwahrnehmung gibt es auch bei Rheuma. Das stellt Rheumatologen vor neue Herausforderungen, bekräftigt Gromnica-Ihle<sup>33</sup> (2011). So weiß man heute: Bei Frauen und Männern mit gleicher rheumatischer Erkrankung bestehen unterschiedliche Phänotypen sowie Variationen in der Schmerzsymptomatik.

So kann zum Beispiel eine Frau, die an einem Morbus Bechterew erkrankt ist, ihr ganzes Leben deutlich mehr entzündliche Rückenschmerzen haben als der männliche Bechterew-Kranke. Die Bechterew-Patientin neigt weniger zu Versteifungen, wird aber von stärkeren Schmerzen geplagt und benötigt mehr Schmerzmittel als der männliche Bechterew-Patient, dessen Wirbelsäule vollständig ankylosiert sein kann.

Krah (2002) sieht Gründe für bestehende Unterschiede im Schmerzausdruck von Männern und Frauen in den geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen. Nach wie vor werden Jungen angehalten, bei Schmerzen nicht zu weinen, Mädchen wird dies eher zugestanden. (Krah, Karin, 2002, S. 46-49)

Teubert et al.(2006) geben in ihrer Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Schmerzwahrnehmung und Geschlecht bekannt: „[dass] Frauen eine geringere Schmerztoleranz aufweisen, Schmerz stärker und differenzierter wahrnehmen und häufiger und bereitwilliger über Schmerzbeschwerden klagen als Männer.“ (Teubert, Nadine et al., 2006, S. 307)

Teubert et al. weisen darauf hin, dass in Studien der Schmerzforschung bislang hauptsächlich biologische Faktoren (hormonelle, genetische et cetera) für Geschlechtsunterschiede in der Schmerzvulnerabilität verantwortlich gemacht wurden.

Der Einfluss von psychosozial geprägten Geschlechtsrollennormen und individuellen Geschlechtsrollenorientierungen wurde von der Forschung jedoch meist vernachlässigt. Es existieren sowohl für Männer als auch für Frauen in Hinblick auf Schmerzen spezifische, sich mit den Geschlechtsrollen überlappende Erwartungen, Überzeugungen und kognitive Schemata, die Einfluss darauf haben können, wie einzelne Personen Schmerzen erleben, ausdrücken und bewältigen. (Teubert, Nadine et al., 2006, S. 307)

Wie bereits erwähnt, zeigen Erfahrungen aus der Pflegepraxis, dass Klienten in unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen sehr häufig nur eine unzureichende medizinische und pflegerische Schmerztherapie erhalten, was sie in ihren Aktivitäten des täglichen Lebens einschränkt und Komplikationen nach sich zieht. (DNQP 2004,

---

<sup>33</sup> Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Gender in der Medizin, <http://www.gendermed.info>, 17.3.2013

13). Die Berücksichtigung des Genderaspektes bei der Schmerzwahrnehmung durch Pflegekräfte, kann sicher positiven Einfluss auf den genannten Mangel ausüben.

„Studien aus der Gender und Gesundheitsforschung belegen, dass die Orientierung an sozialen Geschlechtsrollenvorstellungen und -normen einen für Männer und Frauen unterschiedlichen Einfluss auf die Gesundheit ausübt.“ (Teubert, Nadine et al., 2006, S. 307) Teubert et al. berichten weiter, dass mehrere Studien zeigen, dass Frauen aufgrund ihrer von Männern unterschiedlichen Sozialisation und einer feminineren Rollenorientierung zum Beispiel für chronische Schmerzen verletzlicher sind. Teubert et al. legen ihrer Untersuchung die Annahme zugrunde, dass neben dem biologischen Geschlecht die Orientierung an femininen und maskulinen Geschlechtsrollen einen bedeutenden Einfluss auf das Schmerzerleben bei Patienten mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung hat. (Teubert, Nadine et al., 2006, S. 307-308) Teubert et al. schlossen neunzig Probanden in ihre Stichprobe ein. Vor Beginn der Untersuchungen fiel auf, dass zunächst versucht wurde, im Querschnitt einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Facetten und der Geschlechtsrollenorientierung und chronischem Schmerz bei Männern und Frauen nachzuweisen. Methoden der Untersuchung waren Fragebogenskalen.<sup>34</sup>

Im Ergebnis dieser Studie zeigt sich, dass Patienten mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine femininere Geschlechtsrollenorientierung präsentieren. Männliche Patienten wiesen eine geringe maskuline Geschlechtsrollenorientierung auf. Es besteht ein Zusammenhang zwischen psychosozialer Geschlechtsrollenorientierung und chronischem Schmerz. Geschlechtsrollenorientierung wirkt bei der Entstehung von chronischem Schmerz mit. Die Autoren fordern perspektivisch Längsschnittstudien zur Untersuchung des Zusammenhanges von Orientierungen am Einfluss der Geschlechternormen und -rollen und der Geschlechtsrollenorientierungen bei der Herausbildung und Aufrechterhaltung der chronischen Schmerzkrankheit. (Teubert, Nadine et al., 2006, S. 308-313)

Ogleich das Phänomen Schmerz alltäglicher und zentraler Bestandteil im Bereich der Pflege ist, hat das Thema Gender und Schmerz in der Pflegeausbildung noch keinen angemessenen Platz gefunden.

---

<sup>34</sup> GEPAQ: German Extended Personal Attributes Questionnaire erfasst die Selbstbeschreibung des Probanden anhand geschlechtsstereotyper Eigenschaften; MRNS-Male Role Norm Scale- erfasst die Zustimmung zu traditionellen maskulinen Rollennormen; FRNS-Female Role Norm Scale erfasst die Zustimmung zu traditionellen femininen Rollennorme (von Teubert, Nadine et al. selbst konstruiert, da vorher nur MRNS existierte)



Der Umgang mit PatientInnen, die Schmerzen haben, wird in der Pflegepraxis oft als belastend wahrgenommen. Ebenso groß sind die Defizite im Wissen um die vielfältigen Erlebnisweisen und Ausdrucksformen von Schmerz.

„Die vermittelten Kenntnisse sind für eine qualifizierte Pflege schmerzbelasteter Menschen gänzlich unzureichend: ‘Es fehlen schlicht die Grundlagen’ – so der Tenor der Kommentare der Pflegeexperten aus den Schmerzzentren und der Palliativpflege.“ (Müller-Mundt/Schaeffer 2001,35) Zur Grundlagenvermittlung gehört es, Wissen über bestehende Zusammenhänge von Gender und Schmerz und zu aktuellen Forschungsergebnissen zu vermitteln.

## **2.7 Wie sich Pflegende an die Schmerzen ihrer Patienten erinnern**

Schmerzen gehören wohl zu den jenen Faktoren, die die Lebensqualität am negativsten beeinflussen.

Juchli (1993) merkt dazu an:

Wenn ich Schmerz erleide, dann ist mir bewußt, daß damit eine Frage gestellt ist. Gleichgültig, ob der Schmerz meine eigene Erfahrung ist oder ob ich die Gebärden eines anderen sehe, die mir mitteilen, dass der Schmerz leidet-stets ist diese Wahrnehmung durch ein Fragezeichen markiert. Diese Frage ist dem körperlichen Schmerz ebenso eigentümlich wie die Einsamkeit des Schmerzes. Schmerz ist Zeichen für eine fehlende Antwort; er weist auf etwas Offenes hin – etwas, das mich veranlaßt zu fragen: Was fehlt mir? Wie lange noch? Warum muß, soll ich leiden? Warum gibt es ein soches Übel, und warum trifft es gerade mich? Beobachter, die für diesen hinweisenden Bezug des Schmerzes blind sind, haben nichts als konditionierte Reflexe vor sich. Sie studieren ein Meerschweinchen, nicht einen Menschen. (Juchli, Liliane, 1993, S. 15-16)

Je genauer sich die Pflegenden an Details über ihre Patienten erinnern, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie die Pflege individuell gestalten. Pflegende, die keine detaillierten Informationen haben, verhalten sich wiederum anders. Forscher fanden heraus, dass diese sich auf stereotype Annahmen verlassen.

Schröck (1998) führt die Implicit-Personality-Theorie (IPT, 1954-1958) an, denn es gilt hier als Grundannahme, dass Menschen unbewusst andere Menschen auf der Grundlage äußerlicher Merkmale (Geschlecht, Alter, Rasse et cetera) beurteilen. So geht aus einer Studie (Mc Donald, 1994) hervor, dass weiße Patienten während der postoperativen Phase nach Appendektomie deutlich mehr Narkotika erhielten, als Patienten aus ethnischen Minderheiten. (vgl. Schröck et al., 1998, S. 132)

Die Erinnerung an die Schmerzen ihrer Patienten ist ein integraler Teil der Schmerzeinschätzung Pflegender. Pflegende werden möglicherweise weniger

relevante Maßnahmen zur Schmerzlinderung auswählen, wenn sie sich nicht exakt an die Schmerzen ihrer Patienten erinnern. (ebd., 1998, S. 140)

Osterbrink und Stiehl (2004) stellen im Fallbeispiel dar, wie sich Pflegende an einen Schmerzpatienten erinnern und ihre Pflegeleistungen optimieren. Der Patient wird wieder in die Lage versetzt, für sich selbst zu sorgen. (vgl. Osterbrink, Jürgen; Stiehl, Michael, 2004)

Der Patient wurde vor sechs Jahren auf dem Heimweg von Jugendlichen überfallen. Er erlitt eine Schädelbasisfraktur, Unterschenkelfraktur und eine rotationsbedingte Sprunggelenkstrümmfraktur links, Wirbelfrakturen in Höhe L1 und L3, sowie Weichteilverletzungen. Der Patient wurde 3 Monate im Krankenhaus versorgt. Nach dem Abklingen der akuten Schmerzen und anfänglich schwierigen Mobilisationsversuchen konnte er mit geringen bis mittleren Schmerzen (auf der numerischen Rating-Skala<sup>35</sup> 1-3) ohne Belastung gut leben. Nach fünf Monaten allerdings wurde er aufgrund des drohenden Arbeitsplatzverlustes und des Verlustes der Partnerin zunehmend depressiv. Das Schmerzerleben wurde intensiver. Der Patient wurde medikamentös behandelt, stetig musste die Dosis gesteigert werden, da eine Linderung nicht eintrat. Der Patient wurde 18 Monate nach dem Unfall antriebsarm, sein Gangbild verschlechterte sich, ohne dass bei der Diagnostik eine somatische Ursache ermittelt werden konnte. Der Patient wurde über mehrere Wochen pflegerisch begleitet. Zunächst wurde eine Pflegeanamnese basierend auf Pflege-theorien von H. Peplau und D. Orem erhoben, bei der bekannt wurde, dass der Patient bereits als Kind oft von seinem dominanten Vater misshandelt worden war und in seinem späteren Leben bei Problemen oft unter Kopfschmerzen litt, die seit dem Unfall nicht mehr auftraten. Die sozialen Kontakte, die er mit seiner bisherigen Partnerin intensiv nutzte, wurden mehr und mehr abgebaut. Gemeinsam mit dem Patienten wurde die Pflegeplanung erstellt. Neben seiner Medikation wurde er mit unterschiedlichen kurz und lang dauernden Entspannungs- und Imaginationstechniken vertraut gemacht. Zusätzlich wurde neben dem Schmerzprotokoll ein Aktivitätenprotokoll erstellt, in dem er jede Tätigkeit, von der Körperpflege bis zur beruflichen Tätigkeit, notierte. Nach sechswöchiger multiprofessioneller Behandlung war es erkennbar, dass sein Gangbild sich deutlich verbesserte, sein Antrieb zunahm und dass er die Aktivitäten des täglichen Lebens weitestgehend ausführen konnte. (Osterbrink, Jürgen; Stiehl, Michael, 2004, S. 97-98)

## **2.8 Schmerzmanagement in der Pflege**

Ziel des Schmerzmanagements ist es, der Entstehung von Schmerz vorzubeugen, bestehenden Schmerz zu lindern oder auszuschalten. Der Patient wird begleitet und nicht allein gelassen. Arzt und Pflegepersonal sowie weiterer Berufsgruppen (zum Beispiel Physiotherapeuten und Psychologen) geben dem Patienten Unterstützung und Anleitung. Die unterschiedlichen Behandlungsansätze der Berufsgruppen werden durch das Management koordiniert. Der Wunsch bleibt, dass der Patient nicht allein medikamentös optimal eingestellt wird, sondern in seiner gesamten Persönlichkeit betreut wird. Der Patient soll möglichst viel Lebensqualität be- oder

---

<sup>35</sup> Die Schmerzintensität wird anhand einer numerischen Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) eingeteilt. Der Betroffene schätzt seinen aktuellen Schmerzstatus anhand dieser Skala selbst ein.

erhalten. Damit dieses Ziel erreicht wird, ist es oft notwendig, den Schmerz im Prozedere des Schmerzmanagements als multidimensionales Geschehen anzusehen, bei dem biologische, psychologische, soziale und kognitive Faktoren eng miteinander in Beziehung stehen. So können beispielsweise Angst, Gefühle von Abhängigkeit und Anspannung das Schmerzerleben verstärken, während Hoffnung, Möglichkeiten zum selbstständigen Handeln und Entspannung das Schmerzerleben verringern helfen. Das Schmerzerleben (Befinden) von Patienten stellt eine große Herausforderung für die Pflegenden dar. Im Gegensatz zu vielen anderen körperlichen Phänomenen, wie zum Beispiel Blutdruck, Puls, Temperatur oder Atmung, ist das Schmerzerlebnis immer eine subjektive Erfahrung des Patienten und kann allein von anderen Menschen nicht gemessen und nachvollzogen werden.

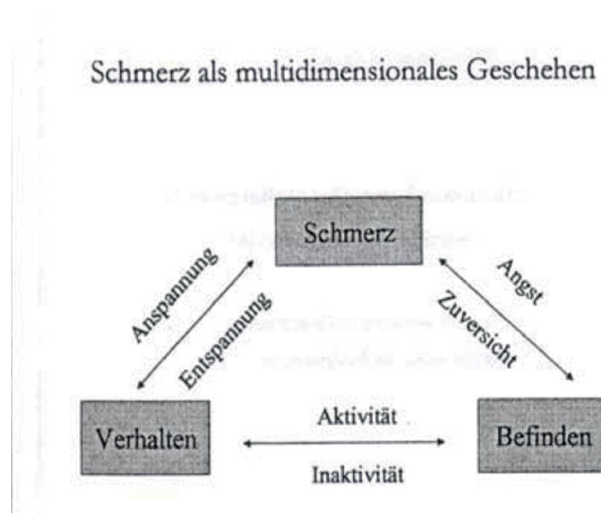


Abbildung 2: Schmerz als multidimensionales Geschehen (Quelle: Autor)

Schmerzmanagement ermöglicht eine moderne Schmerztherapie gegen akute und chronische Schmerzen.

## 2.9 Situation und Rolle der Pflegekräfte im Schmerzmanagement

Bereits bei Eintritt in das Berufsleben werden Pflegepersonen mit schmerzleidenden Patienten konfrontiert und erleben sich in diesen Situationen häufig als hilflos, was sich auf mangelnde theoretische Kenntnisse sowie nicht vorhandene Fertigkeiten zurückführen lässt. Dies resultiert zwangsläufig in einem Rückzug – der Schmerzleidende bleibt somit allein gelassen und mangelhaft therapeutisch versorgt.

(vgl. *Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS)*, 1999) Defizite wurden vor allem bei der Mitwirkung an der medikamentösen Therapie festgestellt. (Jastrzab et al. 2003) Studien zeigen, dass Pflegekräfte die Opioidgabe vom Verhalten der Patienten abhängig machen. (McCaffery, Ferrell 1997). Auch können Wissensdefizite und eine nicht angepasste Einstellung über Medikamentennebenwirkungen zur Untermedikation bei den Patienten führen.

Die Pflegekräfte überschätzen dabei immer noch Nebenwirkungen, wie psychische Abhängigkeit (Brown et al. 1999) und Atemdepressionen (Mc Millian et al. 2000). Wie wichtig das Wissen und die Einstellung von Pflegekräften zum Schmerzmanagement sind, zeigt auch eine Untersuchung von Gugler (2005), die in einem schweizerischen Zentrumsspital durchgeführt wurde. Nur 66 Prozent der Fragen über das Wissen und die Einstellung wurden „richtig“ beantwortet.

Empirische Untersuchungen von Schlüter (1992) ergaben, dass der Beistand des Pflegepersonals zum Beispiel bei Schmerzen immer emotionale Schichten berührt, die nicht oberflächlich gehalten werden können. Schlüter merkt an, wenn diese Tätigkeiten unter Zeitdruck ausgeführt werden müssen, erkläre sich die Überforderung des Pflegepersonals von selbst. (Schlüter, Gabriele, 1992, S. 157) Ihre Aussagen basieren auf Daten, welche sich aus Befragungen zu Arbeitsbelastungen ergaben.

„Die erlebte Diskrepanz zwischen dem erforderlichen Pflegeanspruch und der tatsächlich ausgeführten, pflegerisch als unzureichend empfundenen Versorgung der Patienten stellt sich somit als die Wesentlichste des Pflegepersonals dar.“

(Schlüter, Gabriele, 1992, S.157)

Osterbrink (2004) thematisiert ein weiteres Problem der Praxis. Es besteht an den Orten, wo Pflege geleistet wird. Fest steht, dass einerseits die Relevanz des Schmerzes und die damit verbundene pflegerische Bedeutung im Schmerzmanagement zugenommen hat. Andererseits stellen sowohl in Krankenhäusern als auch in der ambulanten Pflege sowie im Altenheim die Identifikation und Behandlung von Schmerzpatienten durch das interprofessionelle Team ein Problemfeld in der Versorgung betroffener Menschen dar. Daraus resultiert, dass die medikamentöse Behandlung nicht nach den Grundsätzen der Prophylaxe verstanden wird.

Außerdem führen die Pflegefachkräfte immer noch viel zu selten ein adäquates komplementäres<sup>36</sup> Therapieangebot aus, was in einer bisher ungezielten Anwendung pflegerischer neben medizinischen Therapieoptionen zu Schmerzprophylaxe und -therapie resultiert. Dieser Begründungszusammenhang stellt deutlich heraus, dass Therapieansätze im Rahmen der Schmerztherapie eine umfassendere interprofessionelle Herangehensweise erfordern (vgl. Osterbrink, Jürgen; Stiehl, Michael, 2004, S. 17). Zudem ist bewiesen, dass viele Schmerzprobleme aus einem inadäquaten Schmerzassessment<sup>37</sup> resultieren, obwohl sich der wissenschaftliche Kenntnisstand zum Thema „Schmerzassessment“ als gut entwickelt beschreiben lässt. (vgl. Sheidler in Dufault et al., 1995, S. 34)

Camp und O’Sullivan zeigten bereits im Jahre 1987 in ihrer Studie, dass die Pflegefachkräfte signifikant weniger als fünfzig Prozent der PatientInnenangaben dokumentierten, wobei eine Anschluss-Studie diese Studienresultate damit begründete, dass das Pflegepersonal offenbar Schmerzen nicht als hinreichend wichtig empfanden, um ein adäquates Schmerzassessment inklusive eine Schmerzdokumentation durchzuführen. Auch viele andere Studien haben bewiesen, dass weder die Ausbildung noch die Praxis der Angehörigen von Gesundheitsberufen bezüglich des Schmerzassessments über ausreichende neue Kenntnisse verfügen. (vgl. Dufault et al., 1995, S. 34)

## **2.10 Anforderungen (Auswahl) an Pflegekräfte im Schmerzmanagement**

Trotz einer Fülle neuer Erkenntnisse auf dem Gebiet des Schmerzmanagements, werden nach wie vor erhebliche Wissensdefizite beim Krankenpflegepersonal offensichtlich (vgl. DGSS, 1999). Anerkanntermaßen zeigt sich das Wissensdefizit als der häufigste Grund für ein inadäquates Schmerzmanagement. (vgl. Carr & Mann, 2002, S. 13)

Griep nahm 1992 eine Metaanalyse 15 verschiedener Schmerzstudien vor und kam zu dem Resultat, dass das Wissensdefizit von Fachpersonal den häufigsten verursachenden Faktor eines ineffizienten Schmerzmanagements darstellt. (vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen, M., 2002, S. 140)

In einer Pilotstudie evaluierten Kendlbacher et al. (2009) das Schmerzmanagement bei stationären Patientinnen mit gynäkologischen Erkrankungen an einer

---

<sup>36</sup> ergänzende Behandlungsmöglichkeiten-zum Beispiel Wickel und Auflagen

<sup>37</sup> Einschätzung beziehungsweise Bestimmung des Schmerzes nach bestimmten Vorgaben.

Universitätsklinik für Frauenheilkunde. Dabei sollten die Häufigkeit, Intensität,<sup>38</sup> Dokumentation, die Aufklärung zu Schmerzen und deren Therapie sowie die Zufriedenheit der Patientinnen mit dem durchgeführten Schmerzmanagement erfasst werden. Die Datenerhebung erfolgte als standardisierte Befragung mit einer modifizierten Version des Patient Outcome Questionnaire der *American Pain Society*. Das Ergebnis der Untersuchung zeigt eine hohe Schmerzprävalenz und einen negativen PMI<sup>39</sup> bei 54,5 Prozent (n=66) der Patientinnen, der auf eine inadäquate Schmerztherapie hinweist. Zudem wurden Schmerzen nicht systematisch erfasst und folglich konnte keine adäquate Schmerztherapie erfolgen. Obwohl nicht alle Patientinnen die entsprechende Schmerztherapie erhielten, war trotzdem ein Großteil mit Verlegung zum Schmerzerleben während des Aufenthaltes auf der Intensivstation befragt. Die Genauigkeit der dabei retrospektiv angegebenen Ruhe- und Belastungsschmerzwerte wurde anhand der minimal sowie maximal dokumentierten Intensitäten überprüft. Hierfür wurde die Differenz aus den auf der Intensivstation dokumentierten Schmerzwerten und den retrospektiv angegebenen Intensitäten gebildet. Den Ruheschmerz überschätzten 50,7 Prozent, den Belastungsschmerz 43,5 Prozent der Patienten. Unterschätzt wurden der Ruheschmerz von 8,3 Prozent und der Belastungsschmerz von 23,2 Prozent der Teilnehmer. Die zum Zeitpunkt der Befragung empfundene Schmerzstärke und die wahrgenommenen Veränderungen des Schmerzverlaufes nehmen Einfluss auf die rückblickende Angabe der Intensität. Aufgrund der häufigen Fehleinschätzungen wird eine engmaschige Aufzeichnung des Verlaufes der postoperativen Schmerzstärke empfohlen. Bei retrospektiver Erhebung sollten für den betreffenden Zeitraum die minimale, durchschnittliche und maximale Schmerzintensität erfasst werden. Zukünftige Forschungsarbeiten können der Frage nachgehen, inwieweit unmittelbar postoperativ beschriebene Erinnerungsverzerrungen fortbestehen oder sich im weiteren Behandlungsverlauf verändern. Abschließend wurde für ein optimales Schmerzassessment die Implementierung eines Schmerzstandards empfohlen, also ein Handlungsalgorithmus. (vgl. Kendlbacher, Elisabeth; Fritz, Elfriede; Deufert, Daniela: *Pflegewissenschaft* 1-2010) und Parthum, Andreas; Pillipp, Ingrid, *Pflegewissenschaft* 4-2009

---

<sup>38</sup> Schmerzstärke

<sup>39</sup> PMI: pain management index: Der PMI wird definitionsgemäß als Differenz von Schmerzmedikation und stärksten Schmerzen in den letzten 24 Stunden berechnet. Negative Werte werden als Zeichen einer insuffizienten Schmerztherapie gewertet (Larue et al. 1995, Cleeland et al. 1994).

Der Hinweis Drerups und Schröcks (1998), die gesellschaftliche und berufsinterne Auffassung in Deutschland sei, dass „Schmerzmanagement eine medizinische Assistenzaufgabe für Pflegepersonen dar[stelle] und deshalb kein differenziertes Fachwissen [erfordere]“, (vgl. Drerup, Elisabeth; Schröck, Ruth, 1998, S. 72) scheint sich – wie beschrieben – nach und nach abzubauen. Jedoch erscheint trotzdem im internationalen Vergleich die multidisziplinäre Schmerztherapie noch häufig eine Domäne der Medizin und Psychologie zu sein. (vgl. Müller-Mundt, 2005, S. 34) In den Ausführungen von Müller-Mundt (2005, S. 34 ff.) wird unter anderem die Wichtigkeit für die Pflege deutlich, gemäß der Entwicklungen der Pflege im angloamerikanischen Raum, ein Selbstverständnis der professionellen Rolle der Pflege im Rahmen des Schmerzmanagements zu entwickeln.

Doenges (2002) et al. stellen beispielsweise einen grundlegenden pflegerischen Part im klinischen Schmerzmanagement dar und drücken in ihren beschriebenen Pflegediagnosen und -maßnahmen das von Müller-Mundt angestrebte Selbstverständnis der Pflege im Rahmen der Versorgung von SchmerzpatientInnen aus. (vgl. Doenges, Marilyn E.; Moorhouse, Mary-Francys; Geissler-Murr, Alice, C., 2002, S. 630-641)

Diese Faktoren zeigen auch, wie wichtig die gründliche Analyse von bestehenden Einflussfaktoren auf Pflegehandeln in Verbindung mit dem Phänomen Schmerz ist.

Bei vielen Patienten ist es möglich, durch einfache Methoden eine gute Schmerzreduktion zu erreichen. Diese Tatsache garantiert nicht, dass Schmerztherapie selbstverständlich ist. Mangelndes Wissen, fehlendes Interesse oder unklar definierte Handlungsfelder hemmen das Schmerzmanagement von Pflegekräften. Das Krankenpflegepersonal ist hier in einer sehr ungünstigen Position. Durch zahlreiche Patientenkontakte und deren pflegerische Versorgung erfahren Pflegekräfte viel über die Schmerzen ihrer Klienten. Pflegetätigkeiten, wie Waschen, Betten, Mobilisieren oder das Durchführen des Verbandswechsels können Schmerzen sogar auslösen oder verstärken.

Angehörigenbesuche können die Schmerzen sogar lindern, das heißt der Patient ist abgelenkt und kann sie besser ertragen.

Durch eine schlechte analgetische Versorgung kommt es bei den Patienten zu Unsicherheit und Angst vor Schmerzen.

Jeder Schmerzpatient stellt für die Krankenpflege eine große Herausforderung dar. Dies liegt auch an den vielen Ursachen der Schmerzentstehung.

(vgl. Nauck, Friedemann, 2002)

Der Prozess der Schmerzwahrnehmung durch Pflegekräfte stellt ebenso eine Herausforderung dar. Schmerzen werden individuell erlebt und sind aus diesem Grunde eine objektiv nicht messbare Empfindung.

Ohne eine regelmäßige Schmerzmessung und schriftliche Dokumentation ist eine effektive Schmerztherapie nicht realisierbar. (Osterbrink et al. 2004)

Ausführliche Befragungen von Patienten, Pflegenden und Ärzten im Rahmen des Pilotprojektes ergaben jedoch, dass die Schmerzstärke nicht systematisch gemessen und dokumentiert wird, obwohl Erfassungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Pflegende forderten die Patienten zwar häufiger als Ärzte auf, ihren Schmerz einzuschätzen, allerdings fragt sich Osterbrink, wie aussagekräftig dies ist, da noch immer sechzig Prozent der Ärzte und siebenzig Prozent der Pflegekräfte keine Schmerzskale<sup>40</sup> zur Schmerzerfassung verwenden. (vgl. Osterbrink, Jürgen; Stiehl, Michael 2004, S. 56)

Häufig dienten die Äußerungen von Nachbarpatienten und Angehörigen sowie die Mimik und Gestik des Patienten als einziges Schmerzerfassungsinstrument. Der Expertenstandard "Schmerzmanagement in der Pflege sei dabei weder der Stationsleitung noch den Mitarbeitern bekannt, so Osterbrink. (vgl. Osterbrink, Jürgen; Stiehl, Michael 2004)

Nauck et al. (2002) weisen auf spezielle, sich aus der besonderen Situation von Schmerzpatienten ergebende, Aufgaben der Pflegenden bei der Versorgung von Patienten mit Schmerzen hin.

Diese Aufgaben können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Krankenbeobachtung
2. Medikamentöse Therapie
3. Pflegerische Maßnahmen
4. Einbeziehung von Angehörigen (Schulung)

---

<sup>40</sup> Schmerzskalen sind Skalen zur Erfassung und Dokumentation von Schmerzen. Sie sollen sowohl der Pflegekraft als auch dem Patienten helfen, die Intensität seines aktuellen Schmerzes zu verbalisieren.



5. Vorbereitung der Entlassung
6. Koordination der Absprachen im multidisziplinären Team

Diese Aufgaben entsprechen bestimmten pflegetherapeutischen Maßnahmen. (vgl. Nauck et al., 2002) Nachfolgend beschriebene Kriterien müssen Berücksichtigung finden, wenn pflegetherapeutische Maßnahmen am Schmerzpatienten erfolgen.

Diese Kriterien lauten:

- Die Schilderung des Patienten mit einbeziehen.
- Die persönliche Situation des Patienten berücksichtigen.
- Dauer und Schwere der Erkrankung des Patienten beachten.
- Kompetentes Fachwissen einbringen.
- Pflegetherapeutische Maßnahmen für den Schmerzpatienten individuell planen.

Das nachfolgend konstruierte Modell (Abbildung 3) bildet genannte Kriterien ab und stellt eine Verbindung zu den Einflussfaktoren auf pflegetherapeutischen Maßnahmen bei Schmerzpatienten her.

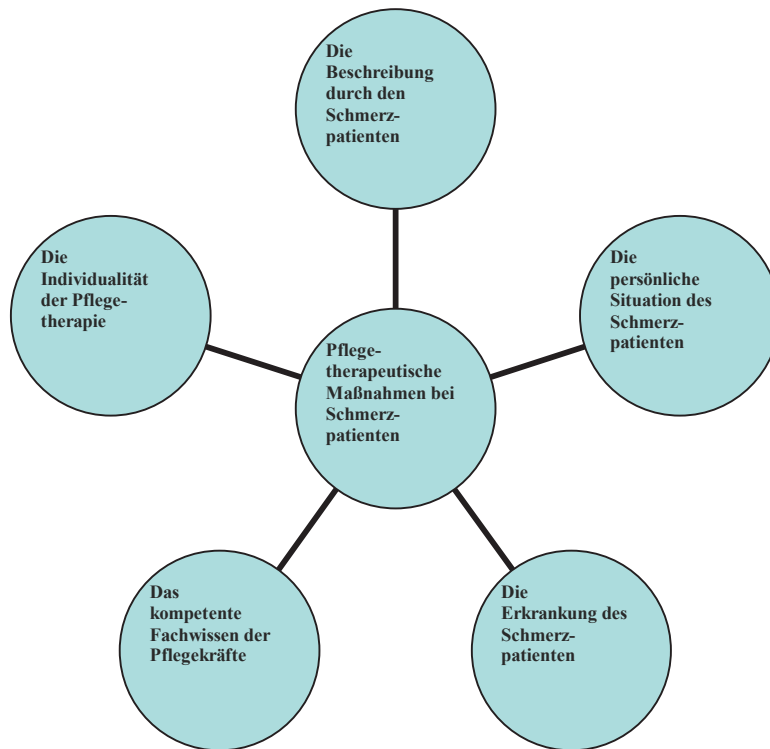


Abbildung 3: Einflussfaktoren auf pflegetherapeutische Maßnahmen bei Schmerzpatienten (Quelle Autor)

Die genannten Einflussfaktoren und die Analyse bestimmter Themen zum Schmerz werden innerhalb dieser wissenschaftlichen Arbeit zur inhaltlichen Grundlage für die Konstruktion des Kurriculums: Schmerzmanagement für Bildungsteilnehmer in der Gesundheits- und Krankenpflege.<sup>41</sup>

<sup>41</sup> werden im Kurriculum zu Modulen

Module/Bezug Einflussfaktoren	Themenbereich
1 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte Die Individualität der Pflegetherapie	Der Schmerz im Pflegehandeln
2 Die Individualität der Pflegetherapie Die persönliche Situation des Schmerzpatienten	Der Umgang mit Schmerzpatienten in der Pflege
3 Die persönliche Situation des Schmerzpatienten Die Individualität der Pflegetherapie	Der Schmerzpatient: Charakterisierungen
4 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte Die Erkrankung des Schmerzpatienten	Den Schmerz erkennen, klassifizieren und verstehen
5 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte Die Beschreibung durch den Schmerzpatienten Die Individualität der Pflegetherapie Die persönliche Situation des Schmerzpatienten	Schmerz wahrnehmen
6 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte Die Beschreibung durch den Schmerzpatienten	Algometrie
7 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte	Psychologische Aspekte des Schmerzes
8 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte Die Individualität der Pflegetherapie	Nichtmedikamentöse Verfahren Zur Schmerzlinderung in speziellen Pflegesituationen
9 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte Die Individualität der Pflegetherapie Die Erkrankung des Schmerzpatienten	Medikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung in der Tumorschmerztherapie
10 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte Die Erkrankung des Schmerzpatienten	Schmerzsyndrome/Schmerzserkrankungen aus neurologischer Sicht
11 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte Die Erkrankung des Schmerzpatienten Die Individualität der Pflegetherapie Die persönliche Situation des Schmerzpatienten	Schmerzmanagement im ambulanten Bereich
12 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte	Pflegetheorien/-modelle/-Standards Orientierungshilfe in der Praxis
13 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte Die Erkrankung des Schmerzpatienten Die Individualität der Pflegetherapie	Schmerzmanagement im operativen Bereich
14 Das kompetente Fachwissen der Pflegekräfte Die Beschreibung durch den Schmerzpatienten Die Individualität der Pflegetherapie Die persönliche Situation des Schmerzpatienten	Schmerz wahrnehmen, Schmerz diagnostizieren, Pflegehandeln ausrichten

Tabelle 4: Bezugerstellende Darstellung bestimmter Einflussfaktoren auf Pflegetherapeutische Maßnahmen bei Schmerzpatienten zur Themenauswahl aus dem konstruierten Curriculum: „Schmerzmanagement für Bildungsteilnehmer in der Gesundheits- und Krankenpflege“, Patan in Anl. an meine Pflegepraxiserfahrungen (1988-2004), vorliegend erstellt

### 2.10.1 Schmerz wahrnehmen

Unter dem Begriff der Wahrnehmung (Englisch: „perception“) wird der komplexe Vorgang von Sinneswahrnehmung, Sensibilität sowie integrativer Verarbeitung von Umwelt- und Körperreizen zusammengefasst. (Psychrembel, 1994, S. 1653)

Nach Igl (2002) ist Wahrnehmung keine passive Widerspiegelung der Wirklichkeit, sondern ein aktiver Konstruktions-, Interpretations- und Selektionsprozess, in welchem der Kontext eine besondere Rolle spielt.

Bei Wikipedia (2005) wird Wahrnehmung als Prozess der bewussten Informationsaufnahme eines Lebewesens über seine Sinne bezeichnet und betont damit ebenso die Tatsache, dass es sich hierbei um ein aktives Geschehen handelt. Die Empfindung und Schilderung von Schmerzen sind an das Bewusstsein gebunden. Unser Bewusstsein ist trotz komplizierter Kopplung an physiologische Vorgänge immer subjektiv. Es besteht eine Abhängigkeit von organischen Strukturen und physiologischen Funktionszuständen. Das Schmerzempfinden ist subjektiv und an das Bewusstsein gebunden. Beispielhaft wäre die Erwähnung der Narkose, welche das Bewusstsein ausschaltet, damit die subjektive Schmerzempfindung verschwindet. (vgl. Bader et al., 2001, S.83)

Dass das Schmerzempfinden unser Überleben sichert, ist offensichtlich. Ohne das schützende Warnsystem würden wir keiner heißen Herdplatte ausweichen und stürben vermutlich schon in jungen Jahren an Verletzungen. "Doch warum geschieht all dies auf der bewußten Ebene?" fragt Peter Bieri. Der schweizerische Philosoph an der Freien Universität Berlin sucht nach Gründen für die quälende Schmerzwahrnehmung. Bieri argumentiert, dass es unzählige Weisen gibt, unser Verhalten ständig an geänderte Umweltsituationen anzupassen, ohne dass uns dies bewusst ist. (vgl. Bieri, Peter, 2004)

Unbewusst wird beispielsweise der Stoffwechsel gesteuert. Auch zur Aufrechterhaltung aller wichtigen Funktionen unserer Organe ist kein Bewusstsein notwendig. Der Schmerz jedoch dringt ungefragt und unaufhaltsam in die Ebene bewusster Empfindung vor; manchmal versagen selbst stärkste Medikamente. "Wie kann ein hochkomplexes System, das aus rein objektiven, biologischen Elementen besteht, den Zustand des Schmerzes produzieren, der eindeutig nur subjektiv erlebt werden kann?" fragt Bieri. Schließlich gilt: Mit dem Bewußtsein wird auch das Schmerzempfinden ausgeschaltet. Unter Narkose oder im Schlaf werden keine

Schmerzen gespürt, auch wenn schmerzproduzierende Vorgänge nachweisbar weiterlaufen.

Die Art und Weise, wie stark beziehungsweise wie lästig wir Schmerz empfinden hängt von verschiedenen Aspekten ab. Meine Beobachtung in der Pflegepraxis ergab folgende Gegenüberstellung:

Beeinflussender Aspekte und Beispiele:

<b>Beeinflussende Aspekte</b>	<b>Beispiele</b>
<b>Art und Ort der Störung</b>	Ursache des Schmerzes, Lokalisation des Schmerzes, Schmerzcharakter Schmerzcharaktere sind zum Beispiel: bohrend, stechend, dröhnend, dumpf, pochend und so weiter
<b>körperliche Situation</b>	Allgemeine gesundheitliche Verfassung (bedeutende Rolle im Umgang mit den eigenen Schmerzen) Geist und Körper müssen die Kraft besitzen, gegen den Schmerz anzugehen und ihn nicht als gegeben hinzunehmen. (begleitende Gebrechen miteinbeziehen)
<b>individuelle Schmerztoleranz</b>	Schmerztoleranz ist die Dauer oder das Ausmaß der Schmerzen, die ein Mensch ertragen kann und will. (Kann von einer Situation zur anderen schwanken). Die Toleranz ist bei viel Ablenkung relativ hoch; bei wenig Zerstreuung fällt sie oft ins Bodenlose. Jeder kennt die Situation, in der Patienten den ganzen Tag mit Besuchern unterwegs sind und scheinbar keine Beschwerden haben. Neigt sich der Tag jedoch dem Ende zu und es wird ruhig auf der Station, klagt der Patient plötzlich über heftige Schmerzen. Weiterhin zeigt die Erfahrung, dass bei lang anhaltenden oder wiederholt auftretenden Schmerzen, die Schmerztoleranz zunehmend geringer wird.

	<p>Typische Gedanken eines solchen Patienten: Wann wird der Schmerz endlich besser? Wann wird man mir endlich einmal helfen? Was ist bloß mit meinem Körper los? Wann werden wohl die Schmerzen wieder stärker?</p>
<b>kulturelle Faktoren</b>	<p>Verschiedene Religionen und Kulturen haben oft sehr unterschiedliche Umgangsweisen mit dem Phänomen „Schmerz“.</p> <p>Beispiel: Der sehr extrovertierte, laute und teilweise sehr dramatisch wirkende Umgang mit Schmerzen. (Wird oft mit Begriffen wie „Morbus südländisch“ abgetan—basiert aber meistens auf religiösen und kulturellen Hintergründen, die unsere Beachtung und Akzeptanz erfordern)</p>
<b>Persönliche Einstellung zu Krankheit und Schmerz</b>	<p>Wesentlich für die Art und Weise der Schmerzempfindung ist die innere Einstellung des Patienten.</p> <p>Der Optimist, der sein Leiden als Herausforderung sieht, ist in der Regel kooperativer und leichter zu therapieren als der Pessimist, der unter seinem Leiden zerbricht und handlungsunfähig wird. Ziel von Pflegehandlungen sollte also auch die Mitwirkung an der Stabilisierung des seelischen Gleichgewichts des Patienten sein.</p>

<b>Soziales Umfeld</b>	<p>Einer der Folgen von Schmerzen sind Ängste, die sich bis hin zu existentiellen Problemen ausdehnen können. Dies führt jedoch zu einer Absenkung der Schmerztoleranz und auch oft zu mangelnder Kooperationsbereitschaft. Das Gefühl, dass ein Patient mit seinen Leiden alleine ist, kann ein sich gegenseitiges Aufschaukeln von Angst und Schmerz begünstigen. (Pflegerberatung erforderlich)</p> <p>Ein intaktes soziales Umfeld ist sehr wichtig für den Patienten. So kann er Kraft schöpfen und gegen Krankheit und Schmerz angehen.</p>
------------------------	---

Tabelle 5: Den Schmerz beeinflussende Faktoren beziehungsweise die Erkenntnis, wie diese Faktoren den Schmerz beeinflussen können (Umkehrschluss) (Patan in Anl. an meine Pflegepraxiserfahrungen (1988-2004), vorliegend erstellt)

Das Schmerzempfinden variiert von Patient zu Patient deutlich. Fath berichtet, (2012) dass österreichische Wissenschaftler in einer randomisierten Studie (2012) mit gesunden freiwilligen Personen (n100) nachweisen konnten, dass Warnung bei der Blutentnahme das Schmerzempfinden beeinflusst. Das Alter lag im Mittel bei 26 Jahren und das Geschlecht war egal. (Fath, Roland, 1-2012, S. 15)

Speck und Maihöfner (2012) erklären zum Studienergebnis folgendes: „Die Studie weist eine Schmerzverstärkung durch verbale Modulation der schmerzbezogenen Erwartungshaltung nach. Diesen so ausgelösten Nozeboeffekt gilt es im Klinikalltag zu vermeiden.“ (Speck, Verena; Maihöfner, Christian, 1-2012, S. 15)

Fath (2012) kommentiert zur Studie: „Wird mit dem Wort „Stich“ vor dem nadeleinstich gewarnt, empfinden die Patienten mehr Schmerzen als bei einem neutraleren Hinweis, der das Wort „Vorsicht“ enthält.“

Das Ergebnis dieser Studie ist für Pflegendeaktionen sehr wichtig, weil es eindrucksvoll unterstreicht, wie leicht und effektiv Nozebo-Reaktionen durch unbeabsichtigte negative Suggestionen hervorgerufen werden können. Dies ist de facto eine wichtige Erkenntnis für eine positivere Beeinflussung von Wahrnehmungsprozessen. Dies impliziert auch, dass ein entsprechendes Kommunikationstraining während der Pflegeausbildung und in der Weiterbildung von Pflegekräften sinnvoll wäre.

Dieses Ereignis tritt hier im Fall aus Angst vor den möglichen Schmerzen einer Injektion auf. Die Erkenntnisse sind jahrelange elementare Beobachtungen aus dem Pflegealltag. Der Aspekt der Krankenbeobachtung steht eng in Verbindung mit der Schmerzwahrnehmung.

Nauck et al. (2002) weisen darauf hin, dass eine gute, professionelle Krankenbeobachtung und eine differenzierte Einschätzung der Schmerzpatienten wesentliche Aufgaben von Pflegenden bei der Behandlung von Schmerzpatienten darstellen. (vgl. Nauck, Friedemann et al., 2002)

Aber was genau ist das? Hier besteht Klärungsbedarf.

Das Erkennen des "Schmerz-Wahrnehmungsprozesses" eignet sich ausserordentlich, um Pflegeaktionen zu analysieren beziehungsweise anzupassen.

Bader et al. (2001) stellen folgende Paradigmen auf:

Schmerzwahrnehmung und Schmerzverhalten sind Prozesse, die nichtlineal ablaufen.

Es existiert häufig eine Diskrepanz zwischen Schmerzwahrnehmung/-äußerung und normalem Verhalten.

Modalitätsebenen (nach R. Wahl) des Schmerzes müssen bei der Erfassung und Beurteilung von Schmerzen berücksichtigt werden und zwar:

biologisch-physiologisch

motorisch-verhaltensbezogen

affektiv-emotional

perzeptiv-evaluativ-kognitiv

motivational interpersonell-sozial (vgl. Bader et al., 2001, S.85-87)



Empirisch pflegepraktisch betrachtet, ergibt sich hier zum ablaufenden Wahrnehmungsprozess am Beispiel des Schmerzes folgendes Bild: (siehe Abbildung 4)

Ein Patient befindet sich in einer Behandlungssituation. In dieser nimmt er verschiedene Dinge wahr, hier im Konkreten etwas (noch nicht näher wahrnehmbar) in der Hand der Pflegekraft. Im zweiten Schritt des Wahrnehmungsprozesses erkennt dieser Patient in der Hand einer Pflegefachkraft eine Spritze. Nun folgt der Schritt der Handlung. Auch dieser Schritt kann unterschiedlichster Art sein. Unser Patient zeigt eine vegetative Reaktion, denn er beginnt zu schwitzen.

Feuchte Hände, roter Kopf, Schweißausbrüche: In Paniksituationen reagiert der Körper mit diversen Symptomen.






Wahrnehmung	Erkennen	Handlung
 <p>Mensch nimmt während des Behandlungsprozesses etwas in der Hand der Pflegekraft wahr.</p>	 <p>Mensch erkennt, dass es eine Spritze ist.</p>	 <p>(Mensch hat Angst vor dem Schmerz durch Spritzen)</p>  <p>Mensch hat Angst vor Schmerzen.</p>  <p><b>Mensch schwitzt.</b></p>

Abbildung 4: Wahrnehmungsprozess für bewusste Wahrnehmung am Beispiel eines Menschen in einer speziellen Situation (medizinische Behandlung) (Patan in Anl. an meine Pflegepraxiserfahrungen (1988-2004), vorliegend erstellt)

Wahrnehmung, psychologisch betrachtet, macht zum Beispiel die Verlaufsform „chronischer Schmerz“ mit seinen Phänomenen besser fassbar. Der erlebte Schmerz zeigt sich als unmittelbar abhängig von der Ausrichtung der Aufmerksamkeit.

Bei zum Beispiel chronischen Rückenschmerzpatienten sind vorwiegend psychische Auffälligkeiten vorhanden. Sie werden als Begleitsymptome der Krankheit verstanden und interpretiert. Als fördernde Auslösefaktoren werden dabei Stress, Life Events und die Schmerzpersönlichkeit diskutiert. (vgl. Müller, Wolfgang u. Schilling, Fritz, 1982, S. 225)

Geissner stellt als Schmerzpsychologe fest, dass es nach einer Zusammenführung von prädisponierenden Faktoren, wie Ängstlichkeit und den persönlichen Einstellungen verlangt. Es stellt sich die Frage, wie die Patienten auf ihre anhaltenden Schmerzen reagieren. Welche Maßnahmen können sie selbst ergreifen, um die Schmerzen zu verringern beziehungsweise annehmbar zu gestalten? Denn „(...) effektive Bewältigung sollte Schmerzen kontrollieren und zu geringeren psychischen Belastungen führen.“ (vgl. Geissner, Edgar 2000, S. 14)

Diese genannten Aspekte sollten zur Anbahnung von Handlungskompetenzen in Aus- und Weiterbildungen für Pflegende inhaltlich berücksichtigt werden.

Akute und speziell chronische Schmerzen besitzen über die physiologischen Parameter hinaus auch psychische Komponenten. Hierbei wird konstruiert, dass bei der Wahrnehmung und Verarbeitung von akuten und chronischen Schmerzen etliche Systeme des Gehirns kooperieren.

Ruoß stellt fest, dass es bei der Wahrnehmung von Schmerzen um die Frage geht, wie diese Botschaften unseres Körpers das Verhalten und Erleben tangieren und ändern können. (vgl. Ruoß, Manfred, 1998, S. 58).

Die Interpretation der Schritte des Wahrnehmungsprozesses eines potentiellen Schmerzpatienten ist für die Krankenpflege sehr wichtig. Dieses Vorgehen fordert von den Krankenpflegefachkräften adäquate Pflegehandlungen, welche in der Krankenpflegeausbildung angebahnt werden müssen. Kurz skizziert, könnte der erforderliche Lehrprozess beziehungsweise die Konstruktion der Lernsituation, in Anlehnung an Schneider und Welling,<sup>42</sup> wie folgt gestaltet werden:

---

<sup>42</sup> Schneider, Kordula. und Welling, Karin in: "Unterricht Pflege", Prodos, Heft 5, 2001:

Schritt 1:	Informationssammlung
Thema:	Individuelles Wahrnehmen und Erleben von Schmerz
Fächerintergrative Inhalte:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerz als individuelles Phänomen</li> <li>- schmerzbeeinflussende Faktoren (kulturell-gesellschaftliche, geschlechts- und altersabhängige, psychische und soziale)</li> <li>- Qualitäten und Lokalisationen von Schmerz</li> <li>- Fehleinschätzungen von Pflegepersonen bezüglich des Schmerzerlebens von Betroffenen</li> <li>- Lebensqualität von Schmerz betroffenen</li> </ul>
zu fördernde Kompetenzen:	<p><b>Fachkompetenz</b>  Verschiedene, den Schmerz beeinflussende Faktoren bei der Informationssammlung integrieren</p> <p><b>Personalkompetenz</b>  Eigene Schmerzerfahrungen reflektieren und analysieren</p> <p><b>Sozialkompetenz</b>  Unterschiede im Schmerzerleben verschiedener Menschen erkennen und akzeptieren</p>

Tabelle 6: Lehrprozess beziehungsweise die Konstruktion der Lernsituation „Schmerz“ (Patan in Anlehnung an Schneider und Welling, 2001, vorliegend erstellt)

Krankenpflegefachkräfte begleiten ihre Patienten aktiv, das heißt sie denken und fühlen sich ein. Somit sind sie aktiv im Wahrnehmungsprozess. Sie können erwartete Schmerzreaktionen schmerzprophylaktisch beeinflussen. Diese Erkenntnis erfordert praxisbezogenes Training von erforderlichen Handlungskompetenzen.

### 2.10.2 Schmerz-Assessment

Für einen effizienten Umgang mit Schmerz ist es nötig, den Schmerz der Betroffenen entsprechend einzuschätzen und zu beurteilen. Dieses Prozedere wird Schmerz-Assessment genannt. Dabei sind der Zeitpunkt der Einschätzung und verschiedene Formen der Einschätzung elementare Bestandteile.

Die Folgen einer unzureichenden Schmerzbehandlung können gravierende Auswirkungen für den kranken Menschen haben, unter anderem auf seine Lungen-,

Herz- und Kreislagsituation, Blasen- und Darmmotilität,<sup>43</sup> Bewegung und Schlaf sowie auf seine psychische und geistige Verfassung.

Carr und Mann vertreten die Auffassung, dass es unbedingt notwendig ist, Pflegende kontinuierlich zu Interventionsmöglichkeiten im Umgang mit Schmerzpatienten auszubilden und zu schulen. Nur so kann erreicht werden, dass sie für auftretende Probleme wachsam bleiben. (vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M., 2010, S. 85)

Frau König wurde nach einer größeren Darmoperation mit einer unteren thorakalen Epiduralanästhesie auf Station aufgenommen. Es ging ihr gut, die Überwachung war einschließlich einer normalen Sensibilität akzeptabel. Frau König gab lediglich leichte Schwierigkeiten beim Bewegen der Beine an. Dies wurde regelmäßig dokumentiert, aber weder gegenüber dem Team für akute Schmerzen noch gegenüber dem verantwortlichen ärztlichen Personal erwähnt, weil man davon ausging, dass die Beweglichkeit der Beine zurückkehren würde, sobald die Epiduralanästhesie<sup>44</sup> reduziert würde. Leider vergingen mehrere Stunden, bevor sie vom Team für akute Schmerzen untersucht wurde, das eine normale Sensibilität<sup>45</sup>, aber einen zu diesem Zeitpunkt schon fast vollständigen Funktionsverlust der unteren Gliedmaßen feststellte. Sofort wurde ärztliche Unterstützung angefordert. Leider waren unmittelbar postoperativ bei Frau König einige Hypotonie<sup>46</sup>-Episoden aufgetreten. Zwar wurde den vorliegenden Protokollen zufolge darauf reagiert, jedoch führte die Arbeitsbelastung auf der Station zu dieser Zeit zu einer kurzen Verzögerung beim Wiederherstellen eines befriedigenden Blutdrucks. Nach und nach wurde deutlich, dass Frau König während einer dieser Hypotonie-Episoden möglicherweise einen Spinalinfarkt<sup>47</sup> erlitten hatte. Dies war unter Umständen nicht vermeidbar, aber ein frühzeitiges Reagieren auf ihre abnehmende Gliedmaßenfunktion bei erhaltener Sensibilität hätte schon viel früher die Alarmglocken läuten lassen sollen. Frau König erlangte ein gewisses Maß an Mobilität zurück, blieb jedoch behindert.

(Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M., 2010, S. 85)

Elsbernd (2000) beschrieb "Achtsamkeit" als ein in der Pflege anzuwendendes Prinzip. Sie gehe weit über das hinaus, was in der Pflege als Patientenbeobachtung ohnehin Standard ist und habe vor allem einen unschätzbaren Wert in der Beziehungsgestaltung. (vgl. Elsbernd, Astrid, 2000)

Der Begriff "Achtsamkeit" hat sich in Gesundheitsfachberufen fest etabliert – bestimmt auch deshalb, weil das Erlernen und Ausüben der Fähigkeit zu mehr Achtsamkeit und besserem Wahrnehmungsvermögen eine echte Win-Win-Situation sein kann. Die Vorschläge von Carr und Mann (2010) sollen hier helfen aufzuzeigen, wie „Erlernen und Ausüben der Fähigkeiten“ im Sinne eines vernünftigen Schmerzmanagements zu mehr Achtsamkeit von Pflegekräften am Schmerzpatienten führen könnte.

---

<sup>43</sup> Verlust der Bewegungsfähigkeit dieser inneren Organe

<sup>44</sup> Epiduralanästhesie ist eine rückenmarksnahe Betäubung, bei der ein Schmerzmittel in den Epiduralraum (Wirbelkanal) gespritzt wird.

<sup>45</sup> Sensibilität: Empfindung von zum Beispiel: Berührung, Temperatur, Vibration, Schmerz, Bewegung, Lage, Kraft

<sup>46</sup> Hypotonie-krankhaft zu niedriger Blutdruck

<sup>47</sup> Spinalinfarkt: ist eine Schädigung des Rückenmarks infolge einer Sauerstoffunterversorgung durch unzureichenden Blutzufluss.

Carr und Mann (2010) erkennen, dass trotz vieler vorhandener Einschätzungsmöglichkeiten, das Schmerz-Assessment Pflegender nach wie vor beschränkt und oft ungenau ist. Durch Berufung auf den Aspekt des Vorteils der Nutzung von Schmerz-Assessments und so auch Stärkung der Komponenten „Erlernen und Ausüben von Fähigkeiten“, stellen sie folgendes dar:

Ein adäquates Assessment ohne effiziente Management-Strategien wird indessen zu einer Pflege von schlechter Qualität sowie zu Frustration auf Seiten des Fachpersonals, des Patienten und der Betreuungsperson führen. Einige der Vorteile eines formellen Schmerz-Assessment-Instruments liegen darin, dass es

Patienten Gelegenheit bietet, ihre Schmerzen zum Ausdruck zu bringen

Echtes Bekümmern und Interesse an ihren Schmerzen bekundet

Eine therapeutische Beziehung aufbauen hilft

Patienten eine aktive Rolle in ihrem Schmerzmanagement verleiht

Einen dokumentierten Nachweis für die Wirksamkeit oder das Versagen jeglicher Medikamente oder Therapieformen bietet

Die Gefahr einer Überdosierung des jeweiligen Medikaments verringert

Die Möglichkeit zur Dokumentation jeglicher Nebenwirkungen und zur Evaluation ihrer Behandlung bietet

Die Wahrscheinlichkeit von Fehlern und Verzerrungen senkt

Bei der Kommunikation mit anderen Fachkräften im Gesundheitssektor hilft, vor allem beim Schichtwechsel.

(vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M. 2010, S. 58-59)

Carr und Mann stärken mit Hilfe ihrer Argumentationen die Perspektiven von Pflegekräften und Patienten gleichermaßen. Sie liefern Grundlagen, zum Aufbau einer vertrauensvollen Pflegebeziehung.<sup>48</sup>

Im Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“,<sup>49</sup> wird empfohlen, dass die Pflegefachkraft am besten zu Beginn des pflegerischen Auftrags erhebt, ob der Patient/Betroffene Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, soll die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt werden. Es wird hier weiterhin empfohlen, dass die Einschätzung der Schmerzintensität<sup>50</sup> sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung/Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen weiterzuführen ist.

Carr und Mann (2010) stellen dar, dass es ideal wäre, die Einschätzung des Schmerzes in das Aufnahmeverfahren oder die Eingangsuntersuchung zu

---

<sup>48</sup> Pflegende benötigen eine gute Beziehung zu den Patienten, um Ihnen bei der Lösung ihrer Gesundheitsprobleme zu helfen und mit Ihnen gemeinsam zum Beispiel den Alltag zu gestalten. Die gemeinsame Arbeit an den Problemen der Patienten erfordert oft werden sollen ein vertrauensvolles Verhältnis. Die Pflegebeziehung ist die Grundlage für einen Prozess, bei dem bestimmte Ziele erreicht

<sup>49</sup> Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege an der Fachhochschule Osnabrück, 1. Auflage 2011

<sup>50</sup> Schmerzstärke

integrieren. So heben sie zum Beispiel hervor, dass sich hiermit eine gute Situation bietet, zu bekunden, dass Schmerz nicht ausgehalten werden muss:

„Jetzt ist ein guter Zeitpunkt, um dem Patienten gegenüber hervorzuheben, dass Schmerz nicht als unvermeidlicher Teil des Patientseins gilt und sich auf vielfältige Weise beherrschen lässt.“ (Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M. 2010, S. 61)

Sie benennen sogar bestimmte Patientengruppen und heben hervor, dass dieses Prozedere, insbesondere bei Patienten vor einer Operation, bei Schmerzäußerungen von Patienten und bei Patienten mit schmerzhaften Erkrankungen erfolgen muss. (vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M. 2010, S. 60)

Einige Vorteile wären, dass Ausgangsdaten gewonnen werden könnten. Schmerzen könnten durch Erfassung und Dokumentation aufgespürt werden und Pflegende könnten Informationen darüber erhalten, wie Patienten vorher mit Schmerzen umgegangen sind. (vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M. 2010, S. 60)

Unter „Formen der Einschätzung“ finden sich bei Carr und Mann (vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M. 2010, S. 61-63) folgende Aspekte:

- Verbale Kommunikation
- Sichtbare Anzeichen von Schmerz
- Physische Anzeichen von Schmerz

Die verbale Kommunikation gilt nach Carr und Mann als die akkurateste Form und die hauptsächlich verwendete Methode. „Der Patient muss mit geeigneten Informationen über die verschiedenen verfügbaren Schmerztherapien versorgt werden und es müssen Informationen über seine Erwartungen an Schmerzlinderung erhoben werden.“ (Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M. 2010, S. 61) Carr und Mann gehen davon aus, dass durch diese gezielte Patienteninformation gegen unerwünschte Nebenwirkungen vorgegangen werden kann.

Einschränkungen sehen Carr und Mann im Alter und Zustand des Patienten. Der Aspekt der Kommunikation wird in Kapitel 2.10.4 auch in anderen Zusammenhängen betrachtet.

Bei Carr und Mann finden zu den sichtbaren Anzeichen von Schmerzen auszugsweise folgende Aspekte:

Körpersprache, wie zum Beispiel eingeschränkte Bewegung, Unruhe

Gesichtsausdruck, wie zum Beispiel verstärkter oder verminderter Gesichtsausdruck, Tränen

Stimmlicher Ausdruck, wie zum Beispiel seufzen, stöhnen

Distanz, wie zum Beispiel still werden

Gefühl, wie zum Beispiel wütend, traurig

Andere, wie zum Beispiel fehlendes Interesse an der Nahrung, Schlafstörungen

(vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M. 2010, S. 62-63)

Physiologische Anzeichen von Schmerz lassen sich, nach Carr und Mann, wie folgt zusammenfassen:

Physiologisch, wie zum Beispiel Veränderungen der Atemfrequenz,<sup>51</sup> schwitzen.

Körperlich, wie zum Beispiel Veränderungen in Temperatur und Farbe der Haut. (vgl.

Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M. 2010, S. 63)

Diese Hinweise lassen erkennen, welche hohen Stellenwert zielgerichtete Beobachtungen von sichtbaren Schmerzanzeichen einnimmt.

Pflegende müssen wissen, dass ihre eigenen Wertvorstellungen und Wahrnehmungen die Evaluation der Schmerzreaktion eines anderen Menschen beeinflussen können. Interessantes findet sich hier bei Carr und Mann, welche berichten, dass Pflegepersonen Schmerz dadurch verstehen, dass sie unbewusst auf ihre klinischen Erfahrungen mit der Vielfalt der Patienten zurückgreifen. Das bedeutet, dass Pflegende durch das Verhalten ihrer Patienten stark beeinflusst werden können. Hier besteht die Gefahr des Hegens falscher Vorstellungen oder Ängsten. Carr und Mann sehen Schulungsbedarf. (vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M. 2010, S. 65)

Schmerz-Assessment-Skalen<sup>52</sup> sind geeignete Instrumente, um formelle Informationen über die Schmerzen eines Patienten zu erlangen. Eine wichtige Voraussetzung für den Einsatz eines Assessmentinstruments ist die wissenschaftliche Fundierung desselben. Es muss bewiesen sein, dass dieses Instrument in der Praxis gezeigt hat, dass es für den Patienten nicht zu kompliziert ist und dass es die Schmerzsituation des Patienten genau abbildet. (vgl. Basler, Hans-Dieter, 2007)

Nur wenn bekannt ist, dass ein Patient Schmerzen hat, können die Ursachen ergründet und weitere Maßnahmen ergriffen werden. Mit der Schmerzwahrnehmung steht der erste Schritt des pflegerischen Schmerzmanagements.

---

<sup>51</sup> Die Atemfrequenz gibt die Anzahl der Atemzüge innerhalb einer bestimmten Zeiteinheit, üblicherweise in einer Minute, an.

<sup>52</sup> zum Beispiel VAS-Visuelle Analogskala, 10 cm lange Linie, deren eines Ende mit „Überhaupt kein Schmerz“ und deren anderes Ende mit „Stärkster vorstellbarer Schmerz“ gekennzeichnet ist.

NRS-Numerische Rating Skalen-anhand einer Zahlenfolge von null (keine Schmerzen) bis x (stärkster vorstellbarer Schmerz) kann die individuelle Schmerzstärke vom Patienten selbst beurteilt werden.

### 2.10.3 Schmerz einschätzen

Schmerzeinschätzung beziehungsweise Schmerzdiagnostik wird im Verfahren „Schmerz-Assessment“ vorgenommen. Wie erwähnt, vertreten Carr und Mann (2010) die Auffassung, dass das Schmerz-Assessment Pflegender beschränkt und oft auch ungenau ist. (vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M., 2010, S. 58)

Eißing (2001) bekräftigt, dass wenn menschliche Sinnessysteme das zu Beobachtende nicht oder nicht genau genug erfassen können, zur Erweiterung der Einsatz von Hilfsmitteln oder Instrumenten erforderlich ist. Der Einsatz solcher Hilfsmittel kann zudem die Objektivität der Beobachtung verbessern, da beispielsweise elektronische Messinstrumente auf Intensivstationen weitgehend unabhängig sind vom Befinden, der Konzentration oder der Aufmerksamkeit des Beobachters. (vgl. Eißing, Eva in Schmalstieg, 2001)

Diese Hilfsmittel (Assessmentinstrumente) werden speziell für entsprechende Pflegeprobleme, Funktionen und Risikoabwägungen entwickelt. Assessmentinstrumente wie Schmerzskalen zur Intensitätsmessung, zählen letztlich auch zu diesen Hilfsmitteln. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Anwendung eines Hilfsmittels nicht automatisch objektivere Ergebnisse garantiert. Die Assessmentinstrumente haben eine Steuerungsfunktion innerhalb der praktischen Pflege, durch die Handlungen hierarchisiert und Aufgaben entsprechend ihrer Notwendigkeit und Dringlichkeit beurteilt werden können.

Dem könnte der Vorschlag von Pipam et al. (2009), sich mit verschiedenen Wegen dem Problem der Schmerzeinschätzung zu nähern, entgegenwirken und positive Effekte für das Schmerz-Assessment Pflegender erzielen.

Eine Betrachtungsweise bezieht die Merkmale und die Konsequenzen des Schmerzes mit ein und erfasst:

- die Quantität (Intensität) des Schmerzes

- die Lokalisierung des Schmerzes

- die Qualität des Schmerzes

- die Konsequenzen für verschiedene Lebensbereiche:

  - psychische Belastungen durch Schmerzen (Ängste und Depressivität)

  - Symptome mit möglichem psychophysiologischem Hintergrund

  - gesundheits- und krankheitsbezogene Einstellungen des Patienten

  - Bewältigungsstrategien bei Schmerz und bei Stress

  - Verhalten in Schmerzsituationen (vgl. Flor 2003).

(Pipam et al. in Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther, Märkert, Dieter; Ilias, Wilfried 2009, 37)



Positiv zu werten ist, dass Pipam et al. (2009) die Auffassung vertreten, die Schmerzeinschätzung bei der Pflege von Schmerzpatienten in Verbindung mit der Beobachtung des Verhaltens vorzunehmen. Erkennbar wird die Favorisierung des Aspektes Krankenbeobachtung durch Pflegekräfte. Sie beziehen sich auf Ehler (2003), welcher Kernaussagen der Verhaltensmedizin in drei Ebenen zusammenfasst:

1. Subjektiv-verbale Ebene: Kognitionen: Bewertungen des Schmerzes, Krankheitskonzepte, Überzeugungen und Erwartungen Emotionen: Angst, Depressivität Verbalisationen: Klagen, Stöhnen, Schmerzäußerungen
  2. Motorisch-verhaltensmäßige Ebene: Mimik, Gestik, Körperhaltung, Schonverhalten, Einnahme von Medikamenten, Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten
  3. Physiologische Ebene:  
vegetative Reaktionen (biologische Aktivierungsreaktionen, zum Beispiel Tonussteigerung der Muskulatur), Erregung der Nozizeptoren.
- (Pipam et al. in Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther, Märkert, Dieter; Ilias, Wilfried 2009, 38)

Verhalten von Patienten zu beobachten und dadurch Schmerz identifizieren zu können, geschieht nur über kriteriengeleitete Beobachtung. Nach Stangl (2005), bezieht sich Beobachtung im Allgemeinen auf Verhaltens-, Handlungs- und Interaktionsformen. Er betont, dass gerade die Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitskapazität des Beobachters dabei auch eine wichtige Rolle spielt. (vgl. Stangl, Werner, 2005)

Jecklin (1992) unterscheidet mit Bezug zur Krankenpflege die gelegentliche von der systematischen Beobachtung sowie die Eigen- und Fremdbeobachtung. Unter dem Begriff der gelegentlichen Beobachtung versteht sie die Wahrnehmung eines Sachverhaltes durch eine Person, welche lediglich „bei Gelegenheit“ beobachtet. Dagegen beobachten einzelne oder mehrere Personen bei der systematischen Beobachtung einen bestimmten Sachverhalt über einen längeren Zeitraum, um eine Vermutung zu verifizieren. Bei der Fremdbeobachtung schließt man von beobachteten Verhaltensäußerungen der anderen Person auf deren Erleben, während es einer Person über die Methode der Selbstbeobachtung möglich ist, ihr subjektives Erleben wahrzunehmen.

Schmerz einschätzen können bedeutet auch, eine Einschätzung über den Schmerzzustand eines Patienten durchzuführen. Geißner ist der Auffassung, dass diese Einschätzung unsystematisch, das heißt anhand von Beobachtungen, die auf Wissen und Erfahrung der Pflegekraft basieren, erfolgen kann.

Eine erfahrene Kinderkrankenschwester sagt: „Beobachtet man den Wechsel des Gesichtsausdrucks und die Entspannung oder Verkrampfung des Körpers selbst bei

sehr kleinen Kindern, kann man immer besser einschätzen, welche Schmerzen ein Kind hat. Es ist anzunehmen, dass das auch für Erwachsene gilt.“ (Geißner, Ursula, 2001, S.75)

Pipam et al. (2009) halten fest, dass die Schmerzreaktion immer auf allen drei Ebenen, jedoch in unterschiedlicher Dominanz ablaufen kann. Deshalb sollte Schmerzdiagnostik auf allen drei Ebenen erfolgen. Zur Beurteilung werden folgende Quellen vorgeschlagen:

- Befragung des Patienten und seiner Angehörigen:

Wie stark ist der Schmerz und welche Beeinträchtigungen lassen sich beobachten?

- Klinische Untersuchungen:

- Welcher Mechanismus liegt dem Schmerz zugrunde – nozizeptiv, neurogen oder psychogen?

- Funktionelle Einschätzung

- Einschätzung des Verhaltens und der Beeinträchtigung inklusive der Lebensqualität.

(Pipam et al. in Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther, Märkert, Dieter; Ilias, Wilfried 2009, S. 39)

Hervorzuheben ist, dass Pipam et al. (2009) nur für den klinischen Alltag gängige Messmethoden aufzeigen und auf die Benennung experimentieller Messverfahren verzichten. Somit wird Praxisbezug beziehungsweise der Aspekt der praktischen Anwendung favorisiert.

Es existieren eindimensionale und mehrdimensionale Messmethoden.

Eindimensionale Methoden erfassen nur einen Aspekt, nämlich die Schmerzstärke.

Pipam et al. (2009) untersuchten die Häufigkeit der im klinischen Alltag verwendeten Methoden und empfehlen:

Die am häufigsten im klinischen Alltag verwendeten Methoden sind die Visuelle Analog-Skala (VAS), die Verbale Rating-Skala (VRS) und die Numerische Rating-Skala (NRS). Gerade bei Tumorerkrankten im Terminalstadium<sup>53</sup> und unter analgetischer Medikation ist zu beachten, dass die Abstraktionsfähigkeit herabgesetzt sein kann. Auch körperliche Schwächen bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumorleiden, zum Beispiel Sehstörungen oder Tremor<sup>54</sup>, können die Intensitätsangaben verfälschen. (Pipam et al. in Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther, Märkert, Dieter; Ilias, Wilfried 2009, S. 39)

Positiv fällt auf, dass Pipam et al. den Einsatz der eindimensionalen Messinstrumente bei bestimmten Patientengruppen kritisch betrachten. Indirekt wird auf die Aufgabe der Pflegenden im Schmerzmanagement hingewiesen, bei festgestellten Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen eine systematische Schmerz-Ersteinschätzung mittels geeigneter Instrumente durchzuführen. Die

---

<sup>53</sup> Mit dem Begriff Terminalstadium werden die letzten Lebensphasen eines Menschen mit einer zum Tode führenden Krankheit bezeichnet.

<sup>54</sup> Als Tremor (Lateinisch „tremere“, zittern) wird das unwillkürliche, sich rhythmisch wiederholende Zusammenziehen einander entgegenwirkender Muskelgruppen bezeichnet.

„geeigneten Instrumente“ beziehen sich auf die genannten, zu beachtenden Aspekte verschiedener Patientengruppen. Dies bedeutet, dass Schmerz nur mittels zielgruppenspezifischer Instrumente für initiale und differenzierte Schmerzen, eingeschätzt werden kann.

Mehrdimensionale Messmethoden erheben komplexere Verarbeitungsmuster auf der subjektiv-verbalen Ebene und erfassen bestimmte Erwartungen, Überzeugungen und Einstellungen zum Schmerz. Pipam et al. (2009) kritisieren :

„Diese Methoden sind zeitlich langwierig, schwierig auszufüllen und überfordern häufig die Patienten.“ (Pipam et al. in Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther, Märkert, Dieter; Ilias, Wilfried 2009, S. 40) Trotz allem haben sich bestimmte Schmerzskaleten bewährt. Zu favorisieren und auszugsweise aus empirischer Erfahrung zu nennen wäre der McGill Pain-Questionnaire-Fragebogen, MPQ, von Melzack (1971). Dazu Pipam et al.:

Der MPQ stellt den ersten und wahrscheinlich prominentesten Schmerzfragebogen dar, erfasst sowohl die sensorische als auch die affektive Kategorie des Schmerzes, ist aber in deutscher Sprache nur eingeschränkt einsetzbar, da es sprachliche Probleme bei der Übersetzung gibt. Das Ausfüllen dieses Fragebogens setzt einen hohen kognitiven Anspruch voraus. (Pipam et al. in Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther, Märkert, Dieter; Ilias, Wilfried 2009, S. 40)

Abschließend ist darstellbar, dass Pflegekräfte, die „rund um die Uhr“ am und beim Patienten sind, Sprachrohr und „Mittler“ des Patienten in der Behandlungskette sind. Gewiss steht und fällt eine effektive Schmerztherapie mit dem Wissensstand der Pflegenden. Diesen Erkenntnissen muss in der heutigen Zeit bei der Umsetzung der Schmerztherapie und in der Fortbildung Rechnung getragen werden.

### **2.10.3.1 Schmerzeinschätzung und Empathie**

Bischoff-Wanner (2001) vertritt zum Aspekt der Empathie in der Pflege die Auffassung, dass eine empathische Haltung eine Voraussetzung darstellt:

Eine entscheidende Voraussetzung für eine therapeutisch-pflegerische Beziehung ist Empathie, die als wesentliche beziehungsweise sogar unverzichtbare Komponente oder sogar Schlüsselqualifikation in allen helfenden Berufen angesehen wird und als wichtigstes Motiv helfenden Verhaltens gilt. Insbesondere trifft dies auf die Pflegeberufe zu, zu deren beruflichen Aufgabe es gehört, vielfältige Beziehungen zu Patienten/Klienteneinzugehen und Gefühlsarbeit für Menschen in Extremsituationen zu leisten. (Bischoff-Wanner, Claudia, 2001, S. 1)

Empathie kann ermöglichen, sich spontan in die Gefühle und Bedürfnisse anderer Menschen einzufühlen. Diese Fähigkeit wird Pflegekräften unzählige Male am Tag

abgefordert: beim Aufnahmegespräch, im Rahmen der Übergabe, im Umgang mit einem unzufriedenen Patienten oder beim Überbringen trauriger Nachrichten.

Empathische Kompetenz, also die Fähigkeit, innerhalb eines beruflichen Kontextes stellvertretend die Perspektive und Gefühlswelt eines anderen Menschen nachzuvollziehen und danach zu handeln, kann somit als Teil einer professionellen Berufsauffassung und Expertenpflege betrachtet werden. Ihre Entwicklung und Förderung muss insofern ein Anliegen von Forschung, Lehre und Praxis aller pflegenden Berufe sein. (Bischoff-Wanner, Claudia, 2001, S. 1)

Im Mittelpunkt der Bemühungen um eine pflegetherapeutische Beziehung stehen der Schmerzpatient, seine Erwartungen und seine Wünsche.

Monke (2000) berichtet über die Situation von Herzinfarktpatienten und deren Schmerzen.

Heftige Angina Pectoris Schmerzen, verbunden mit dem Gefühl des einschnürenden Herzens, einer Enge im Brustkorb und einer daraus resultierenden Angst um Leib und Leben, bestimmen das Erleben vieler Patienten. Die Erkrankung des Herzens und die daraus entstehende und empfundene Bedrohung kann jedoch auf verschiedene Weise von den Erkrankten erfahren werden. Dieses Angst-Schmerz-Syndrom steht nicht immer im Vordergrund. Trotzdem konzentrieren sich medizinische und pflegerische Behandlungsmaßnahmen und Medikamente auf die Herzangst des Patienten. Meine Erfahrung als Pflegekraft auf einer Intensivstation hat verdeutlicht, dass das emotionale Befinden der Patienten und die Ängste in dieser Zeit recht unterschiedlich sein können. Dies wird in der „Welt des Messens“ an den Monitoren jedoch nicht angezeigt. (Monke, Stefanie, 2000, S. 5)

Monks Feststellungen über das Schmerzerleben von Herzinfarktpatienten gelingen nur durch ihre empathische Grundhaltung. Anhand folgender Ausführungen kann deutlich gemacht werden, dass es für eine empathische Grundhaltung erforderlich ist, Reichweite und Ausmass der Schmerzsymptomatik zu erfassen. Monk (2000) im Fallbeispiel dazu:

Der Patient mit der Erkrankung Herzinfarkt ist ein Schmerzpatient. Die Schmerzen strahlen in Arme, Hals, Schulter, Rücken und Oberbauch aus. Das Ereignis dieser Schmerzsymptomatik kann die Patienten im Rahmen eines akuten Herzinfarktes erstmalig überraschen, es kann von ihnen aber auch schon zuvor, vielleicht in abgeschwächter Form erlebt worden sein. Neben Schwächegefühlen und Blutdruckabfall bis hin zum Kreislaufversagen sind vegetative Begleitsymptome wie Schwitzen, Übelkeit und Erbrechen zu beobachten. (Monke, Stefanie, 2000, S.12)

Erst durch gegenseitige Einfühlung entsteht bei den Beteiligten Sicherheit und Vertrauen, die sie auch in schwierigen Situationen konstruktiv handeln lassen.

Die Notwendigkeit von Gefühlsarbeit im System der gesundheitlichen Versorgung ergibt sich zunächst aus der Tatsache, dass ein Mensch krank wird und damit in eine Ausnahmesituation gerät, die – je nach Krankheitszustand und Prognose - als mehr oder weniger starke emotionale Belastung erlebt wird. Verstärkt wird die Notwendigkeit, wenn dieser kranke Mensch ins Krankenhaus kommt und dort mit einer Institution, Arbeitsorganisation sowie medizinischer Diagnostik- und Behandlungsmethode konfrontiert wird, die ihn verunsichern bis ängstigen können, die ihm u.U. Schmerzen bereiten, die sein

Körperbild beeinträchtigen können, und von ihm zudem eine Anpassungsleistung verlangen, die im Terminus der Patientenrolle formuliert ist.“ (Bischoff-Wanner, 2001, S. 27)

Oft wird Empathiefähigkeit mit Selbstlosigkeit verwechselt. Das Gegenteil trifft den Kern. Die Grundlage für einen empathischen Umgang mit anderen ist ein empathischer Umgang mit uns selbst. Indem wir täglich üben, in uns hinein zu spüren und zu fühlen, wie es uns geht und was wir brauchen, wächst auch das Verständnis für die Bedürfnisse anderer.

Scheu fordert ein Umdenken in der Pflegeausbildung:

Empathie ist eine pflegerische Grundhaltung. Diese wurde bisher von Pflegenden in einem individuellen Lernprozess, auf der Basis eines individuellen Empathieverständnisses, mehr oder weniger (bewusst) entwickelt und umgesetzt. Empathie wird bis heute bei vielen Pflegenden immer noch als Grund für emotionale Überforderung, welche bis zum Burn-out führen kann, betrachtet. Sollen pflegerische Grundhaltungen zu einer professionellen Pflege und einem entsprechenden Pflegeverständnis beitragen, kann deren Förderung nicht mehr dem Zufall überlassen werden. Damit Empathie nicht mehr beliebig eingesetzt wird, muss bei Pflegenden Interesse und Neugier geweckt werden, sich mit dem Begriff auseinander zu setzen. Es muss gelingen, den Pflegenden ihren eigen- verantwortlichen pflegerisch-therapeutischen Beitrag bewusst zu machen, damit sie diesen im Rahmen des Pflegeprozesses zugunsten ihrer Patienten umsetzen können. Dazu ist empathische Kompetenz notwendig und muss gefördert werden.“ (Scheu, Petra, 2010, S.8)

Die Betreuung und Behandlung von Schmerzpatienten erfordert neben der pflegerischen und medizinischen Kompetenz auch die Fähigkeit, eine therapeutische Beziehung zu den betroffenen Menschen, aber auch zu Angehörigen und dem Behandlungsteam herzustellen. Diese "Fähigkeit", eine therapeutische Beziehung zu gestalten, wird in den Aussagen zum Ziel von Empathie bei Scheu deutlich.

Scheu (2010) hält dabei an Wittnebels Aussagen fest, welche nach einem pflegespezifischem Empathiebegriff suchte und erläutert: „Ziel von Empathie ist es durch Perspektivenübernahme den Patienten besser kennen zu lernen, um ihm individuell und an seinen Bedürfnissen orientiert seine Pflege zu planen.“ (Scheu, Petra, 2010, S.19)

Es gibt nichts, was mehr über das Gelingen zwischenmenschlichen Umgangs entscheidet, als die Fähigkeit zur Empathie. In allen pflegerischen Disziplinen beziehungsweise in der Pflege überhaupt ist eine Betreuung ohne Nähe zum anderen kaum denkbar. Damit ist sowohl der Body-to-Body-Kontakt gemeint als auch die empathische Nähe im Gespräch.

Nauck et al. (2002) weisen in ihren Ausführungen zu den Aufgaben von Pflegekräften sogar darauf hin, dass Fortbildungsveranstaltungen in der Schmerztherapie nicht nur das eigene Wissen erweitern, sondern auch zu mehr

Verständnis für die Situation der Patienten führen. (vgl. Nauck, Friedemann et al., 2002) Das gilt es noch zu überprüfen.

### **2.10.3.2 Schmerzeinschätzung und Emotionen**

Emotionen und Gefühle beziehen sich auf Gleiches, werden real getrennt gebraucht. Pädagogische, wie auch erwachsenenpädagogische Reflexion ist begrenzt. Aus diesem Grunde soll ein Einblick in die Emotionsforschung gewagt werden. Izard beschrieb 1994 fundamentale Emotionen (10), so auch Schmerz mit einer differentiellen Emotionstheorie. (vgl. Gieseke, Wiltrud, 2009, S. 49)

Sigmund Freud hat schon angemerkt, dass die Menschheit mehr danach strebt, Schmerz zu vermeiden als Freude zu gewinnen. Auf Emotionen bezogen wäre zu diskutieren, ob es stimmt, dass Menschen grundsätzlich dahin tendieren, negative Emotionen abzuschwächen und positive Emotionen zu verstärken.

Um Wirkungen von Emotionen auf die Pflegebeziehung in Verbindung mit dem Thema Schmerz zu diskutieren, ist der Fragestellung nachgegangen worden, was Schmerz beinhaltet. Es wurde weiterhin erwähnt, dass Psychologen herausgefunden haben, dass die Prozesse der Schmerzentstehung keine Einbahnstraßen sind: Wie ein Mensch mit Schmerz umgeht, spielt zum Beispiel bei der Chronifizierung ebenfalls eine große Rolle.

Die Oberbegriffe Schmerz oder Freude und welche Bedeutung sie für ein Individuum haben, sollen nachfolgend diskutiert werden.

Jede Emotion, jeder Schmerz und jede Freude werden von Person zu Person sehr unterschiedlich empfunden und ihre Facetten können noch wesentlich differenzierter wahrgenommen werden. (vgl. Mayring, Philipp, 2003)

Schmerz und Emotion sind eng verknüpft mit fundamentalen biologisch wie sozial verankerten Erfahrungen, die jedes Menschenleben prägen und ein breites Spektrum von gesunden bis pathologischen Entwicklungen und Zuständen bedingen können. Jeder Mensch kennt Schmerzen und weiß, dass schmerzhaftes Erlebnisse von Emotionen begleitet sind.

So sind sich viele Menschen oftmals auch bewusst, um welche Art von Schmerz es sich handelt und was dieses Gefühl ausgelöst hat. Diese differenzierte Kenntnis von Emotionen hat einen hohen Informationsgehalt für eine Person und kann als

Entscheidungshilfe bezüglich bewusster Handlungen dienen. (vgl. Salovey, Peter, 1989)

Auch die Annahme, dass Personen leidvolle Situationen grundsätzlich vermeiden oder mäßigen wollen, ist nicht allgemeingültig. (vgl. Tamir, Maya et al. 2008)

Andrea Borghardt untersuchte in ihrer Dissertation das Phänomen der emotionalen Modulation des Schmerzes. Im Fazit stellt sie heraus, dass positive Emotionen den Schmerz häufig reduzieren und negative Emotionen den Schmerz verstärken und reduzieren können. Diese Erkenntnis muss sich im Pflegehandeln mit Schmerzpatienten widerspiegeln.

Und alle, wirklich alle negativen Gefühle, die du je an dir oder anderen wahrgenommen hast, kommen von der einen Quelle: Angst. Sie alle sind nur ein anderer Ausdruck von Angst, etwas, wohinter die Angst sich sozusagen versteckt. Sie will nicht erkannt werden, damit sie auch gesehen und möglicherweise was verursachen wird? Genau, einen Schmerz. Solche negativen Gefühle werden von dem Unterbewusstsein produziert, damit es eine seiner Hauptfunktionen erfüllen kann: die Vermeidung von Schmerz. Aber diese Taktik geht nicht auf, denn aus den negativen Emotionen resultiert wiederum irgendwann einmal Schmerz, der sich nunmehr meistens physisch manifestiert, im Körper als eine Energieblockade, eine Krankheit oder öfter noch als Schmerz ohne „Ursache“. (vgl. Bahlsen, Andrea, 2010, S.49)

Akuter und chronischer Schmerz sind untrennbar mit Emotionen verbunden. Dies lässt sich entwicklungsgeschichtlich, neurophysiologisch und letztlich auch philosophisch belegen.

Geißner (2006) beschreibt, dass nicht in Worte gefasste Emotionen oft schwer zu deuten sind. So kann man auch nicht wissen, warum ein Kleinkind weint, schluchzt und schreit. Pflegende sollen verstehen können, woher das Schreien beim Kleinkind kommt und dazu beitragen, dass der Schreiende diese Form seiner Mitteilung ändern kann. Dazu ist nötig, dass eine gute Pflegebeziehung besteht und Pflegende das Kleinkind so gut kennengelernt haben, dass das Schreien gedeutet werden kann. Streichelnde Berührungen und zeigen, dass alle Aufmerksamkeit dem kleinen Patienten gilt, können helfende Interventionen im Pflegeprozess sein. (vgl. Geißner, Ursula, 2006)

Ebenso relevant ist der Kontext einer emotionalen Erfahrung. Es macht einen Unterschied, ob ein und dieselbe Emotion im alltäglichen Leben oder am Arbeitsplatz erlebt wird (vgl. Grandey, Alicia, 2000). Grandey untersuchte in ihrer Forschungsarbeit den Arbeitsplatz der Pflege und den Umgang mit der Emotion Schmerz.

So scheint es, dass schmerzvolle Erlebnisse beziehungsweise emotionale Erfahrung verbunden mit dem Schmerz der Patienten, das Pflegehandeln auch beeinflussen könnten. Hier besteht Forschungsbedarf.

### 2.10.3.3 Schmerzeinschätzung und Kommunikation

Werden Patienten zu ihrem Schmerzerleben und was ihnen von pflegerischer Seite Unterstützung und Hilfe gegeben hat befragt, dann werden insbesondere Aspekte erwähnt, die zu den kommunikativen und interaktiven Bereichen professioneller Pflege gehören. Trotzdem bleibt der Aspekt der Kommunikation gleichermaßen eine Herausforderung für Patienten und Pflegenden.

„Über Schmerzen zu sprechen ist eine schwierige Angelegenheit. Jemandem seine Schmerzen zu beschreiben, fällt auch den Menschen schwer, die sich ansonsten ganz gut ausdrücken können. Gefühle genau zu beschreiben gehört eben nicht zum Alltag der Kommunikation.“ (Geißner, Ursula, 2006, S.75)

Carr und Mann (2010) schlagen zur Verbesserung der Situation vor:

„Wenn sich die Lage bessern soll, ist Kommunikation von entscheidender Bedeutung und es muss sich um einen Prozess in beide Richtungen handeln.“ (vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen M. 2010, S. 61)

Das entscheidende "Geheimnis" des Gesprächs mit dem Schmerzpatienten entspricht den Grundlagen jedes verstehenden Gesprächs: emotionale Wärme, empathische Haltung und aktives Zuhören, verbunden mit der Fähigkeit, die Gefühle des Patienten zu verbalisieren.

Menzel verweist darauf, dass „dem Sprechen über Schmerzen“ in der medizinisch-pflegerischen Diagnostik eine zentrale Rolle zukommt, weil Schmerzen seit jeher als wichtige Krankheitssymptome gelten. Kommunikation über Schmerz gestaltet sich gleichwohl oft schwierig, weil für eine subjektive Schmerzempfindung ein intersubjektiv nachvollziehbarer Ausdruck gefunden werden muss. (vgl. Menzel et al. 2010)

Als Besonderheiten in der Kommunikation mit Schmerzpatienten wären beispielhaft zu nennen:

- dass die Ursache des Schmerzes nicht abschätzbar ist,
- dass das sprachliche Ausdrucksvermögen eingeschränkt ist,
- dass ein begrenztes Verständnisvermögen für Diagnostik und Therapie bestehen könnte und
- dass ein hohes Ausmaß an Emotionalität beim Patienten vorliegen kann.



Diese Schwierigkeit führt in der Kommunikation mit PatientInnen und seinen Betreuern häufig zu Problemen und gravierenden Missverständnissen. (Menzel et al. 2010)

Es lässt sich folgende defizitäre Situation im Sinne eines „Teufelskreises“ darstellen:

Bestehende Hilflosigkeit von Pflegenden:

Wir tragen als Pflegende Erwartungen an Patienten und Pflegebeziehungen in uns, die durch berufliche Erfahrung, die eigene Person und die Gesellschaft mitgeprägt sind. In manchen Beziehungen zu Schmerzpatienten erfüllen sich diese Erwartungen nicht und es besteht Hilflosigkeit bei den Pflegekräften. Sie äußert sich zum Beispiel, weil Pflegekräfte in ihrer Arbeit dem Zeitdruck unterliegen und Kommunikation mit dem Schmerzpatienten nebenher stattfindet.

Das tröstende oder beratende Gespräch durch Pflegende bei einem schmerzgepeinigten Patienten gilt häufig als „normal“, als Beiwerk, als „Schwätzchen halten“ oder als persönliches Engagement et cetera, aber weniger als gezielte professionelle pflegerische Intervention.

Aber gerade diese Möglichkeiten und ihre hohe Bedeutung für Patienten werden häufig von Pflegenden nicht entsprechend erkannt, anerkannt und dementsprechend auch nicht nach außen hin kommuniziert.

Daraus resultiert:



Pflegende haben wenig Erfahrung in der Gesprächsführung

Kommunikation in der Pflegebeziehung:

Allgemein fällt auf, wie zurückhaltend Patienten sind, wie wenig sie erwarten und wie wenig sie sich trauen, etwas für sich zu fordern.

Aus der Literatur geht hervor, dass Patienten unklare Vorstellungen über die Schmerztherapie haben und fürchten, unnötig zu klagen.

Heyde hat in einer Untersuchung (1991) Pflegende und Gepflegte danach befragt, wer die Initiative ergreifen soll, um über Schmerzen zu berichten und Schmerzmittel zu verabreichen. Die Patienten fanden es selbstverständlich, dass es Aufgabe der

Pflegenden sei und die Pflegenden waren der Auffassung, dass es Patienteninitiative sei.

Matolycz (2009) stellt fest, dass die berufliche Pflege ein weites Feld ist und dass es nicht möglich ist, sie auszuüben ohne zu kommunizieren, was eigentlich nur bedeutet, dass zwischen Lebewesen Bedeutungen vermittelt werden.

„Gelingende Kommunikation verhindert nicht nur Probleme, Fehler und Missstimmungen, sondern schafft Möglichkeiten, die Interaktion (also die Prozesse der Wechselbeziehung) zwischen Menschen bewusst zu gestalten und zu erleben.“

(vgl. Matolycz, Esther, 2009, S.2)

Positiv zu werten ist der Vorschlag Matolycz zur gelungenen Kommunikation in Interaktion mit dem Schmerzpatienten, zum Beispiel sogenannte Befindlichkeitsfragen direkt zu stellen.

Wenn es in der Pflege ausdrücklich um das Befinden geht, muss trotzdem darauf geachtet werden, dass nicht, wie Weinhold es nennt, „in alltagsweltlicher Manier“ geantwortet, sondern sich auch wirklich zu allfälligen Beschwerden geäußert wird. Haben Pflegende diesen Verdacht, empfiehlt es sich, anders oder genauer zu fragen und die Aufmerksamkeit des Befragten auf das eigentliche Thema des Interesses zu lenken, etwa: „Haben Sie noch Angst vor der Operation?“ oder „Haben Sie (noch) Schmerzen?“ (vgl. Matolycz, Esther, 2009, S.66)

Daraus resultiert:



Pflegende erfassen (in Verbindung mit Schmerzpatienten) Situationen noch nicht in vollem Umfang.

Daraus resultiert:



Am Ende findet noch keine optimale Schmerzerfassung am Schmerzpatienten statt.

Mc Caffery reagierte auf diese defizitäre Situation und stellt kommunikative und interaktive Möglichkeiten für Pflegende wie folgt dar:

- Schmerzäußerungen ernst nehmen
- Gezielte pflegerische Gespräche (zum Beispiel Schmerzeinschätzung, Verlauf, Beratung, präoperativen Schulung, Trost spenden)
- Einhalten von Absprachen
- Patienten zur Eigeninitiative anregen
- Patienten als Experten einbinden (zum Beispiel bei chronischen Schmerzen)
- Gestaltung der Umgebung. (McCaffery, Margo, 1997, S. 43)

Zur Kommunikation zwischen Ärzten und PatientInnen existieren Untersuchungen. Menzel (2010) stellt dar, dass in der linguistischen Diskursforschung zur Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen folgende, für die Kommunikation grundlegende Fragestellungen bislang kaum bearbeitet worden sind:

Wie artikulieren Patienten ihre Schmerzen?

Wie drücken sie Schmerz körpersprachlich, mimisch und gestisch aus?

Welchen Einfluss übt der institutionelle Kontext auf das Gespräch aus?

Worauf kommt es bei der Kommunikation über Schmerzen an?

Welche Barrieren existieren beim gemeinsamen Sprechen über Schmerzen?

Diese Untersuchungen bieten sicher auch eine solide Grundlage in der gezielten Kommunikation (Information, Beratung, Anleitung) durch Pflegende mit Schmerzpatienten.

Müller-Mund (2005) sieht besonderen Handlungsbedarf für den ambulanten Pflegebereich. Dies deutet an, dass Pflege gefordert ist, die schmerz-belasteten Menschen durch Information, Beratung und Anleitung (also gezielte Kommunikation), bei der Entwicklung von Kompetenzen und Strategien des Schmerzmanagements unterstützt und die ihnen ein höchst mögliches Maß an Lebensqualität bewahren hilft. (vgl. Müller-Mundt, Gabriele 2005)

Zentraler Ansatzpunkt ist Patientenedukation zur Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten.

Ihr wird in der speziellen Schmerztherapie eine zentrale Bedeutung beigemessen.

(vgl. Kröner-Herwig, Birgit, 1997; Petermann, Franz et al. 2007)

Die in multimodalen<sup>55</sup> Konzepten der interdisziplinären Schmerztherapie bei chronischen Schmerzen geforderte nachhaltige Aktivierung der Patienten ist jedoch angesichts der passivierenden Folgen des Schmerzerlebens schwierig.

Schlussfolgernd lässt sich feststellen, dass sich so auch die gezielte Kommunikation von Pflegenden schwierig gestaltet.

---

<sup>55</sup> Multimodale Schmerztherapie bedeutet körperliches, gedankliches und verhaltensbezogenes üben unter ärztlicher Kontrolle. Alle Therapeuten arbeiten nach einem gemeinsamen Konzept. Der Name leitet sich ab von: viele (Lateinisch: „multi“) Arten (Lateinisch: „modi“) der Behandlung.

## 2.11 Handeln – Pflegehandeln – Wissenstransfer – Handlungsmöglichkeit "Kurriculum"

### Aspekt des Handelns:

Nach Max Weber ist Handeln alles menschliche Verhalten, mit dem der Handelnde einen Sinn verbindet. Zu einer Handlung kann man alle Aktivitäten zusammenfassen, denen eine gemeinsame Zielvorstellung zugrunde liegt. (vgl. Weber, Max, 1921)

Bender stellt dar, dass der Sinn der Handlung die vorher entworfene Handlung ist. (vgl. Bender, Walter, 2004)

Das Leben jedes Menschen ist ein nicht abreißender Strom von Aktivitäten. Darunter fallen nicht nur die vielerlei Arten von Handlungen oder Mitteilungen.

Eine Verbindung vom Handeln zu den Verpflichtungen und zur Verantwortung für eigenes Handeln lässt sich mit Hilfe von Jonas darstellen:

Alle bisherige Ethik—ob als direkte Anweisung, gewisse Dinge zu tun und andere nicht zu tun, oder als Bestimmung von Prinzipien für solche Anweisungen, oder als Aufweises eines Grundes der Verpflichtung, solchen Prinzipien zu gehorchen—teilt stillschweigend die folgenden, unter sich verbundenen Voraussetzungen:

- (1) Der menschliche Zustand, gegeben durch die Natur des Menschen und die Natur der Dinge, steht in den Grundzügen ein für allemal fest.
- (2) Das menschlich Gute läßt sich auf dieser Grundlage unschwer und einsichtig bestimmen.
- (3) Die Reichweite menschlichen Handelns und daher menschlicher Verantwortung ist eng umschrieben. (Jonas, Hans, 2003, S.15)

Jonas (2003) sagt, dass sich mit Veränderung unserer Macht, das Wesen menschlichen Handelns ändert. Er sieht diese gerade durch Innovationen im technischen Bereich hervorgerufen. (Jonas, Hans, 2003, S.15) Diese haben zu weiteren Veränderungen im Berufsalltag von Pflegekräften geführt.

Heckhausen (2006) geht davon aus, dass auch Erleben – geistige Aktivität in Form von Wahrnehmungen, Gedanken, Gefühlen oder Vorstellungen – dazu gehört, wenn es auch nicht von außen beobachtbar ist und nicht unmittelbar auf die Außenwelt einwirkt. Diese Aktivitäten reichen bis hin zu Handlungen, die vorausgeplant sind und willentlich unternommen werden. (vgl. Heckhausen, Heinz 2006)

Handlungen sind demnach Zwecke, die selbstständig gesetzt werden. Sie beinhalten (eine) Intention, eine bewusste Entscheidung beziehungsweise einen Grund für eine Tätigkeit. Aber auch für die unreflektierten, intuitiv oder routinemäßig vollzogenen Handlungen hat das Subjekt „Handlungsgründe“. (Motivation)

Übertragen auf den Bildungsprozess, finden sich bei Neumeier (2007) interessante Aussagen zur Motivation im Bildungsprozess von Pflegekräften.

Neumeier kommentiert Rheinbergs (vgl. Rheinberg, Falko, 2006) Vorschläge zu Motivationsanreizen und stellt eine Verbindung zur Erwachsenenbildung her. Dabei wirft er interessante Fragen auf:

Entgegen der unter Pädagogen weit verbreiteten Meinung, die Motivation werde im Handelnden selbst erzeugt beziehungsweise von außen angeregt, bietet Rheinberg Alternativen, die in der Psychologie diskutiert werden. Unter anderem die tätigkeitsbezogene Sichtweise. Hierbei wird intrinsisch<sup>56</sup> als Anreiz, der durch die Tätigkeit selbst angeregt wird, aufgefasst. Extrinsische<sup>57</sup> Motivation liegt hingegen vor, wenn statt der Tätigkeit, die erwarteten Folgen den Anreiz darbieten. Ferner wird unter demvolitions-theoretischen Forschungsstrang die Frage untersucht, warum Handlungen begonnen werden, oder eben nicht; was begünstigende, oder behindernde Faktoren sein können. Gerade für die Makrodidaktik finden sich hier Hinweise, wie man Personen motivieren kann, sich für einen Kurs zu entscheiden. (Neumeier, Marcel, 2007, S.86)

Alles, was in Situationen einem Menschen Positives oder auch Negatives verheißt, wird als „Anreiz“ bezeichnet.

Situationen beziehungsweise Anreize mit Aufforderungscharakter für eine entsprechende Handlung, welche die Wahrscheinlichkeit der Realisierung von etwas, das einem wichtig ist, scheinen vordergründig. Zu überprüfen wäre, ob die Kenntnis folgender genannter Anreize entsprechender Handlungen, zur Beeinflussung des Pflegehandelns von Vorteil wäre.

Wichtig sind demnach:

- 1) Der Wert dessen, was man realisieren möchte.
- 2) Die Erwartung (Wahrscheinlichkeit), mit der man dies zu Wege bringen will.

Zweckrational ist etwas dann, wenn die wahrscheinlichen Folgen einer Handlung in solchen Ereignissen oder Zuständen bestehen, die dem Handelnden erstrebenswert erscheinen.

Bei der zweiten Art des Anlasses passiert es, dass außergewöhnliche Situationen außergewöhnliche Handlungen veranlassen, die sich als zweckrational erweisen und mit einer Wechselwirkung zwischen Determinanten, die man teils auf der Seite der Situation und teils auf der lokalisieren kann. Dies bezeichnet man als Personen-Situations-Interaktion. (Heckhausen, Heinz 2006)

---

<sup>56</sup> intrinsisch: von innen her, bedeutet ursprünglich „innerlich“ oder „nach innen gewendet“ Intrinsische Eigenschaften gehören zum Gegenstand selbst und machen ihn zu dem, was er ist. ([www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de), 11.3.2014, 16:00Uhr)

<sup>57</sup> extrinsische: bedeutet von außen her (angeregt), nicht aus eigenem Antrieb erfolgend. ([www.wikipedia.de](http://www.wikipedia.de), 11.3.2014, 16:00Uhr)

Heckhausen benennt beeinflussende Faktoren des menschlichen Handelns. Er setzt Handeln mit menschlicher Aktivität gleich und verdeutlicht so, dass geballte Vielfalt unser Handeln beeinflusst.

Mit Hilfe von Jonas (2003) und seiner neuen Ethik, deren grundsätzlicher Unterschied zu bisherigen Wertesystemen die zeitliche Dimension ist, können konkrete Handlungsfaktoren benannt werden. Eine Handlung darf nicht nur an den unmittelbar sichtbaren Folgen gemessen werden, sondern sie darf auch die Zukunft der Menschheit nicht gefährden. Die Forderung seines Werkes lautet:

Handle so, dass die Wirkungen deiner Handlungen mit der Permanenz (Fortdauer) menschenwürdigen Lebens verträglich sind.<sup>58</sup> (Jonas, Hans, 2003)

Holzkamp (1985) stellt fest, dass ein Mensch handlungsfähig ist, indem er über seine Lebensbedingungen verfügt und indem er sich am gesellschaftlichen Prozess beteiligt. (vgl. Holzkamp, Klaus, 1985, S. 241) Arnold (1985) argumentiert über den Aspekt der Deutungsmuster, dass sie „lebensgeschichtlich“ im Prozess der Sozialisation und in seiner Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Anforderungen erworben werden. Deutungsmuster sind „zeitstabil“, da sie lebensgeschichtlich entstanden sind und somit die Identität des Individuums in erheblichem Maße bestimmen. (vgl. Arnold, Rolf, 1985)

Mit dem Begriff Deutungsmuster entwickelte die erwachsenenpädagogische Diskussion der 1980er Jahre eine Kategorie, die es ihr ermöglichte, die prinzipielle Interpretationsabhängigkeit und den Lebensweltbezug des Erwachsenenlernens sowohl theoretisch als auch didaktisch angemessen zu konzeptualisieren.

Arnold (1985) zeigte auf, dass sich der Deutungsmusteransatz um strukturelle Gesetzmäßigkeit von Alltagswissensbeständen bemüht. Er sieht Deutungsmuster als perspektivische Konstrukte, Ausdrücke lebensgeschichtlicher Erfahrung und Alltagswissen. Zum Lernen in der Pflegepraxis lässt sich folgender Bezug darstellen. Lernende wird in der Pflegepraxis Begründungswissen abverlangt. Meine Berufserfahrung zeigt, dass sie dann im Pflgeteam recht angepasst reagieren. Dies geschieht nicht bewusst, sondern kann als „Routine des Arbeitsalltags“ bezeichnet werden. Dieses Verhalten könnte aufgebrochen werden. Arnold führt an, dass verschiedene Deutungsmuster gegenseitig inkompatibel sind, es somit zu Abwehrstrategien kommt (s. selektive Wahrnehmung).

---

<sup>58</sup> Imperativ der Verantwortung

Gieseke (2010) stellt dar, dass wenn Situationen gedeutet werden, immer Erfahrungen wiedergegeben werden. Dieser Aspekt ist für die Schulung der Schmerzwahrnehmung enorm wichtig, da er Möglichkeit eines neuen Ansatzes ist. (vgl. Gieseke 2010)

Denn auch In Auseinandersetzung mit der Lebens- und Arbeitswelt entstehen spezifische Deutungen, welche zur Etablierung von neuen Wissensbeständen zunächst aufgebrochen bzw. entschlüsselt werden müssten. Dieser Aspekt wäre zu überprüfen.

Oelke (2002) stellt dar, dass Erfahrung- und biographieorientiertes Beobachtungs- Wahrnehmungs- und Deutungsfähigkeit wichtige Aspekte pflegerischer Tätigkeit darstellen und somit an spezifische Situationen gebunden sind. (vgl. Oelke 2002) Pflegerische Tätigkeit wird somit als situatives Handeln verstanden. Lehrende in der Pflege müssen dieses „Spezielle im Handeln“ identifizieren, d.h. lernen Gefühle, Wünsche und Abwehrmechanismen wahrzunehmen und zu akzeptieren.

Alltägliches muss aus einer distanzierten Perspektive betrachtet und reflektiert werden. Somit sollten sich erfahrungsorientierte Lernprozesse ergeben, welche es ermöglichen Deutungsmuster zu entschlüsseln, Teilkompetenzen zu erlangen und schlussendlich berufliche Handlungskompetenz anzubahnen.

Zum Aspekt „zeitstabile“ Deutungsmuster liefert Siebert (2003) eine treffende Aussage, indem er erklärt, dass Erwachsene ihre Deutungsmuster nur dann ändern, wenn sie es wollen, nicht wenn sie es sollen, das heißt wenn diese trotz ihrer Ungewohntheit an bisherige Deutungsmuster anschlussfähig bleiben und biographische Kontinuität ermöglichen. (vgl. Siebert, Horst 2003)

Gegenwärtig besteht eine Diskrepanz zwischen den objektiven Erwartungsanforderungen an die Pflege und den faktischen Handlungsmöglichkeiten. Es handelt sich dabei um Situationen, in denen sowohl Kompetenz als auch Ressourcendefizite deutlich werden. Die durchaus vorhandene Bereitschaft zu einem grundsätzlichen Umdenken im Rahmen der gegebenen Strukturen verbindet sich gegenwärtig mit jenen bildungspolitischen Überlegungen, die die Pflege als professionelle Aufgabe wahrnehmen und weitere Qualifizierung fordern. Handlungsfähigkeit über Qualifikation bedingt nicht Handlungsfähigkeit im System. Gegebene Strukturen sind auch gesellschaftliche Prozesse.

### Aspekt des Pflegehandelns:

Entschlüsselt wurden Faktoren, welche das Pflegehandeln beeinflussen können. Dabei fiel auf, dass der Aspekt der Motivation in dem Zusammenhang berücksichtigt werden muss.

Kulbe (2009) stellt Beweggründe unbewusster Motivation dar.

Manche Beweggründe, warum Menschen etwas Bestimmtes tun, sind jedoch unbewusst. Wir versprechen uns, wir vergessen eigentlich wichtige Dinge und wir träumen unsere Wünsche und unsere Befürchtungen. Hierhinter verstecken sich unbewusste Motive, die wir möglicherweise zu unterdrücken versuchen oder die sich in der Realität nicht verwirklichen lassen. (Kulbe, Annette, 2009, S.66)

Bischoff-Wanner schliesst die Frage nach der Motivation für den Pflegeberuf aus. „Den Angehörigen der Pflegeberufe wird oft eine altruistische Motivierung unterstellt beziehungsweise Pflege als altruistischer Beruf bezeichnet, womit sich die Frage nach der Motivation sozusagen erübrigt.“ (Bischoff-Wanner, 2001, S. 175) Der Aussage Bischoff-Wanners ist entgegenzusetzen, dass die Frage nach der Motivation von Angehörigen der Pflegeberufe heute wichtiger denn je ist. Die inzwischen komplexeren und schwierigeren Krankheits- und Pflegebedürftigkeitsbilder, der Einzug von Hightech in die Krankenhäuser und gewandelte, das heißt anspruchsvollere Patienten- beziehungsweise Konsumentenbedürfnisse nach Qualität in der gesundheitlichen Versorgung verlangen eine Umorientierung im Pflegehandeln. Unter zur Hilfenahme von Lenz, favorisiert auch Bender Modernisierungsprozesse. Lenz will erforschen, wie Menschen heute für Modernisierungsprozesse gestärkt werden können, um diese selbst zu steuern und zu gestalten. (Bender,Walter, 2004) Diese so genannten Modernisierungsprozesse sind auf Pflegehandlungen übertragbar.

Dörge (2009) hat in ihrer Untersuchung zum Pflegehandeln zwei typische Handlungscharaktere in der alltäglichen Pflegepraxis herausgearbeitet: „Handeln als Verrichtung“ und „Handeln als Beziehungsgestaltung“. Beide Handlungscharaktere werden idealtypisch als dichotome Pole auf einem möglichen Kontinuum pflegerischen Handelns beschrieben.

Sie werden in ihrer Dissertationsarbeit zudem anhand von Gesprächsauszügen anschaulich und nachvollziehbar beschrieben.

Die Ergebnisse sind gemessen an der doch relativ geringen Anzahl der befragten Pflegekräfte sehr ernüchternd, denn Dörge ordnet die Aussagen von neun



Pflegekräften vorrangig dem verrichtungsbezogenen Pflegehandeln zu, das wenig mit einem professionellen Pflegeverständnis gemein hat.

Lediglich vier Aussagen entsprechen einem Typus des beziehungsorientierten Handelns und kommen einem modernen, professionellen Pflegehandeln sehr nahe. Es verwundert nicht sehr, dass alle vier Pflegekräfte älter sind und lange Berufserfahrung haben, drei von ihnen ein Pflegestudium abgeschlossen und zwei über zusätzliche Leitungsfunktionen verfügen. (vgl. Dörge, Christine, 2009)

Kulbe (2009) vertritt die Auffassung, dass sich Pflegekräfte durch die Aneignung von Fachwissen in ihrem Verhalten ändern. Sicher lässt sich somit auch die Motivation beeinflussen.

Wenn Pflegende über qualifiziertes Wissen verfügen, und um solche (Hinter) Gründe wissen, können sie diese bewusst wahrnehmen und als solche erkennen. Sie können sich ein Verhaltens- und Wissensrepertoire aneignen und ein ganz anderes Verständnis und Pflegeverhalten gegenüber Patienten aufbauen. So können sie lernen, neben typischen Krankheitssymptomen auch ein typisches Krankheitsverhalten zu erkennen. Denn Krankheit oder ein Krankenhausaufenthalt ist für den Patienten nicht alltäglich! Gerade die Krankheit hat einen Menschen aus seinem Alltag, seinem Berufs- und Privatleben herausgerissen- und macht verständlich, warum Kranke sich deshalb entsprechend anders benehmen (können). Darüber hinaus schränken Schmerzen, Beeinträchtigung der Bewegungsmöglichkeiten (Bettruhe, Gipsbein, frische Wunde) oder eine durch die Krankheit bedingte Hilflosigkeit und Abhängigkeit Kranke in ihrem gesamten Handeln und Wollen ein. (Kulbe, Annette, 2009, S.26)

Kulbe liefert wertvolle Aussagen in Bezug zum Pflegehandeln am Schmerzpatienten und hinterlässt somit eine optimistische Stimmung im Hinblick auf das Ergebnis meines Forschungsvorhabens.

In den Aussagen und Interpretation der Pflegekräfte, die mehr verrichtungsbezogen arbeiten, ergibt sich im Blick auf das berufliche Rollenverständnis, die Motivation und auch den Professionalisierungsgrad ein sehr düsteres Bild. Restriktive Handlungsspielräume, alltägliche, auch arbeitsökonomisch unsinnige Routinen werden unreflektiert als gegeben oder mit einer resignativen, unterordnenden Haltung als nicht beeinflussbar hingenommen.

Dörge sieht Widersprüche zwischen ökonomischem Druck und erlebtem Bedarf in der Pflegerealität. Sie schlussfolgert, dass diese Situation individuell durch die Verwischung von beruflichem und privatem Engagement kompensiert wird. Diese Vorkommnisse sind problematische beziehungsweise hemmende Ergebnisse in der Pflegeberufsrealität. Somit wird deutlich, dass das alltägliche pflegerische Handeln nicht an der Individualität des Pflegebedürftigen orientiert ist, sondern vielmehr an

dessen „Krankheitsbild“, den objektiv messbaren Daten und vor allem dessen Defiziten.

Die Aussagen Dörge stehen im Konflikt zu aktuellen Entwicklungen im pflegerischen Schmerzmanagement, welche an der Individualität des Schmerzpatienten festhalten. Auf der Konsensuskonferenz<sup>59</sup> zum Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ wurde der Beitrag der Pflege an einem individuellen Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen beschrieben. Ziel des Expertenstandards ist, durch ein individuell angepasstes Schmerzmanagement für die Patienten/Bewohner zur Schmerzlinderung, zum Erhalt oder der Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit und zu einer stabilen Schmerzsituation beizutragen und schmerzbedingten Krisen vorzubeugen.<sup>60</sup> An den aktuellen Forderungen des DNQP für pflegerisches Schmerzmanagement festzuhalten, ist enorm wichtig. Gerade unter Beachtung weiterer Anmerkungen Dörge zu Rollenunsicherheit der Pflegekräfte, verdienen die Forderungen im Expertenstandard besondere Beachtung, da für Pflegekräfte auch Rollenbeschreibungen vorgenommen werden. Somit kann professionelles Pflegehandeln gestärkt werden.

Eigene Rollenunsicherheit bewirkt, dass die Adressaten der Pflegekräfte in die Rolle des passiven, unmündigen Patienten gedrängt werden, denen die Pflegekräfte aus ihrer Sicht intuitiv und unter Heranziehung von Standardwissen und starren Handlungsrouinen entsprechende Handlungsanweisungen geben und sie behandeln, anstatt auf Augenhöhe mit ihnen zu verhandeln. Die Ausführung von Pflegetechniken einerseits und eine intuitive Beziehungsgestaltung andererseits gehen bei diesen Pflegekräften eine Art „unheilige Allianz“ ein, die näher dem Handeln von Pflegelaien ist als einem professionellen Pflegehandeln. (vgl. Dörge, Christine, 2009)

Auch Wittneben (1998) entschlüsselte Pflegehandlungen. Ausgangspunkt ihrer Forschungsarbeiten ist die zu analysierende Pflegerealität, welche sich durchaus bis dato in Arztabhängigkeit verstrickt.

Wittneben definiert Typologien pflegerischer Handlungsdimensionen. Somit entstehen folgende neue Begriffe:

- krankheitsorientierte Patientenorientierung

---

<sup>59</sup> Des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 11.10.2013 in Osnabrück

<sup>60</sup> vgl. Pressemitteilung DNQP, 17. 10. 2013, „Der 8. DNQP-Expertenstandard: Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen wurde konsentiert“.

- verhaltensbezogene Patientenorientierung
- handlungsbezogene Patientenorientierung

In Wittnebels Untersuchungen (1998) zur verhaltensbezogenen Patientenorientierung finden sich Aussagen darüber, dass Schmerz und Angst oft durch medizinisches und pflegerisches Handeln ausgelöst wird. Sie verweist dazu auf Berichte von Patienten über das Erleben im Krankenhaus. Global formuliert, soll diese Ebene ihrer Typologie als Reiz-Reaktionsmodell funktionieren, welches für mich wissenswert mit Blick auf den Aspekt Schmerz ist. Wird diesem neuralgischen Punkt in dieser Stufe Aufmerksamkeit erteilt, ist Stufe 3 – handlungsbezogene Patientenorientierung – noch besser möglich und Hilfe zur Selbstpflege lässt sich präziser verwirklichen. (vgl. Wittneben, Karin, 1998, S.39)

Die Gesundheits- und Krankenpflege ist durch eine Alltagsnähe ihrer Handlungen gekennzeichnet. Professionelle Pflegekräfte unterstützen vor allem Menschen bei der Durchführung ihrer Lebensaktivitäten.<sup>61</sup> So unterstützen sie zum Beispiel die Lebensaktivität: „Sich bewegen“.

Barz und Tippelt (2005) argumentieren, dass es kollektiv vorgeprägte, aber der individuellen Veränderung jedoch prinzipiell zugängliche Deutungsmuster der sozialen Wirklichkeit gibt. Diese sind heutzutage oft synonym für Teilnehmerorientierung, Deutungsmusteransatz und Lebensweltbezug. (vgl. Barz, Heiner; Tippelt, Rudolf, 2005, S. 121)

Dieses Thema ist sehr komplex und bietet genügend Forschungsbedarf. Schlussfolgerung wäre, dass bei Weiterbildungen im Berufsfeld Pflege den durchaus innovativen Inhalten auch personelle Deutungsmuster, Strukturen, Akteure und deren Handlungsparadigmen gegenüberstehen. Das Problem ist, dass die Umsetzung von Fachwissen in die Pflegepraxis erschwert ist.

Das nächste Problem ist, dass sich Wissensinhalte aufgrund der mangelnden Möglichkeit ihrer Anwendung mittelfristig abnutzen und beabsichtigte Innovationseffekte für die Einrichtungen ausbleiben.

(vgl. Barz, Heiner; Tippelt, Rudolf, 2005)

---

<sup>61</sup> Je nach Pflegeetheorie spricht man von Lebensaktivitäten. (Roper, Logan, etc.)  
Kellnhauser, Edith et al., 2004, S.50

## Pflegehandeln am Beispiel der Anwendung von nichtmedikamentösen Verfahren

Um dem mehrdimensionalen Phänomenen Schmerz (sensorische, affektive und kognitive Komponente) adäquat begegnen zu können, hat sich besonders in der Behandlung chronischer Schmerzen der Einsatz nichtmedikamentöser beziehungsweise komplementärer<sup>62</sup> Interventionen etabliert. Von der Laage (1994) sieht die Anwendung komplementärer Verfahren bei der Behandlung akuter Schmerzen ebenso sinnvoll, da es Hinweise darauf gibt, dass ganzheitliche Therapiekonzepte der Chronifizierung von Schmerzzuständen entgegenwirken können. (vgl. von der Laage, Dorothea, 1994, S.20 in: Neumann, Kirsten, *Pflegezeitschrift* 7/2005, S.436-S.439)

Nicht-medikamentöse Maßnahmen ergänzen die medikamentöse Therapie und ermöglichen eine Stärkung der Selbstpflegekompetenz der Betroffenen.

Die Reduktion der Schmerzintensität ist nur ein möglicher Erfolgsparameter der Anwendung nichtmedikamentöser Maßnahmen und wird oft nicht primär dadurch erreicht. Die Anwendung nichtmedikamentöser Interventionen zur Schmerzreduktion kann zum Beispiel entspannend wirken und helfen, einen Zugang zum Gegenüber zu finden.

Mc Caffery et al. (1997) verstehen unter kutaner Stimulation eine hautstimulierende Maßnahme zur Schmerzlinderung mit dem Ziel, die Schmerzintensität herabzusetzen und gegenüber dem Schmerz eine größere Toleranz auszubilden.

Carr und Mann (2010) argumentieren, dass es mit gezielten Maßnahmen, wie Wärme- und Kälteanwendungen, elektrischer Massage (Vibration) und transkutaner elektrischer Nervenstimulierung (TENS) gelingen kann, den Kreislauf von Schmerz, Muskelverspannungen, Durchblutungsstörungen und verstärktem Schmerz zu durchbrechen. (vgl. Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen, M., 2010 S. 97-119)

Nichtmedikamentöse Maßnahmen stellen eine wertvolle Ressource in der Schmerzbehandlung dar und sind trotz oft fehlender wissenschaftlicher Begründungen in die Empfehlungen internationaler und nationaler Leitlinien/Standards aufgenommen worden.

---

<sup>62</sup> Die komplementäre Schmerztherapie ist eine Schmerzbehandlung, die unter anderem Naturheilverfahren zur Schmerztherapie anwendet.  
Bei der komplementären Schmerztherapie wird bewusst auf Medikamente und operative Eingriffe verzichtet.

Einige mögliche positive Auswirkungen nichtmedikamentöser Maßnahmen werden im Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und chronisch tumorbedingten Schmerzen (DNQP, 2005, S.84) wie folgt dargestellt:

- Emotionale beziehungsweise psychische Auswirkungen:
- Verringerung emotionaler Belastung
- Verringerung wahrgenommener Bedrohungen
- Verringerung von Müdigkeit
- Verringerung von Angst
- Stärkung von Bewältigungsstrategien
- Kontrolle der Schmerzen
- Steigerung von Wohlbefinden Steigerung der Schlafqualität
- Physische Auswirkungen:
- Erhöhung der Stimulation des sympathischen Nervensystems
- Erhöhung der Muskelentspannung
- Verringerung der Herzfrequenz
- Verringerung des Blutdrucks
- Freisetzen endogener schmerzreduzierender Substanzen

Fleißner (2009) geht davon aus, dass diese Wirkungsweisen von nichtmedikamentöser Schmerztherapie meist vom Patienten nicht gespürt werden. Durch Verbesserung des Allgemeinbefindens gelingt auch die Verbesserung der Schmerzsituation. Pflegende können den Patienten nichtmedikamentöse Interventionen anbieten, Vorlieben und Abneigungen im pflegerischen Prozess herausarbeiten. Die Auswahl der geeigneten Maßnahmen obliegt dabei der Pflegefachkraft in Absprache mit den behandelnden Ärzten und dem Patienten.

Fleißner stellt dar, dass Pflegekräfte anhand von Patientenbeobachtungen in der Lage sein sollten, die Anwendung verschiedener nichtmedikamentöser Verfahren individuell beschliessen zu können. (vgl. Fleißner, Frank in Fleischmann,Nina; Strupeit, Steve, 2009, S. 168)

Die nicht-medikamentösen Maßnahmen sind als Ergänzung zu der Schmerztherapie zu sehen. Auch wenn es keine sicheren Erkenntnisse gibt, ist es für den Betroffenen und auch seinen Angehörigen die Möglichkeit, aktiv auf die Schmerzsituation einzuwirken.

Im Prinzip können alle Ressourcen genutzt werden, die positiv für den Betroffenen sind (zum Beispiel ein schönes Bild betrachten, Lieblingsduft, Lieblingscreme, eine Lagerung, eine atemstimulierende Einreibung).

Das DNQP (2005) fordert, dass Pflegende in nichtmedikamentöser Schmerztherapie geschult sind. Wirkungsweisen und Kontraindikationen dieser Methoden sollten bekannt sein. „Patienten und/oder deren Angehörige sollen geschult werden, NMT<sup>63</sup>-Maßnahmen zur Schmerzlinderung selbstständig anzuwenden beziehungsweise dabei zu unterstützen. Unzureichend untersucht wurde bisher jedoch, ob und wenn ja, welche NMT-Maßnahmen im chirurgischen und konservativen Fachbereich zur Schmerzlinderung eingesetzt werden.

Beim Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“, wurde zwischen 2003 und 2007 die schmerztherapeutische Versorgung in insgesamt 25 Krankenhäusern untersucht. Ziel der vorliegenden Untersuchung (Ewers et al. 2011) war es, die Anwendung von NMT durch Pflegende zur Schmerzlinderung in deutschen Krankenhäusern zu hinterfragen. Alle 25 Krankenhäuser wurden per Fragebogen und in den ersten fünf untersuchten Krankenhäusern zusätzlich über Interviews zum Schmerzmanagement bei chirurgisch und konservativ behandelten Patienten auf allgemeinen Pflegestationen befragt. Im Prätest nahmen 2840 der insgesamt 4170 befragten Pflegenden von chirurgischen und konservativen Allgemeinstationen an der quantitativen Befragung teil.

Die konkreten Fragestellungen waren:

1. Werden NMT-Maßnahmen von Pflegenden zur Schmerzlinderung in deutschen Krankenhäusern angewendet?
2. Welche NMT-Maßnahmen werden von Pflegenden in deutschen Krankenhäusern eingesetzt?
3. Wie bewerten die befragten Pflegenden selbst ihre eigenen Kenntnisse hinsichtlich NMT-Maßnahmen?
4. Was sind Hindernisse für die Anwendung von NMT-Maßnahmen in deutschen Krankenhäusern? (Ewers, Andre et al., 2011, S.516-517)

Im Fazit stellen die Ergebnisse der Studie heraus, dass einige Methoden nichtmedikamentöser Schmerztherapie von der Mehrheit der Pflegenden angewendet werden.

Als Hindernisse zur Durchführung von NMT-Maßnahmen wurden dabei von den Pflegenden folgende Punkte genannt:

---

<sup>63</sup> nicht-medikamentöse Therapien

Zeitmangel, fehlende Kenntnisse und Erfahrungen, Unsicherheiten, ob diese Maßnahmen vom Arzt verordnet werden müsse oder nicht, fehlende strukturelle Bedingungen und Ruhe (genannt in Bezug auf die Basale Stimulation®), hoher Schulungsaufwand und damit verbundene Kosten (genannt in Bezug auf Kinästhetik) sowie zu teure Materialien. (Ewers, Andre et al., 2011, S.520)

Mangelnde Kenntnisse der Pflegenden zu anderen Therapieformen, die Unklarheit, ob diese verordnet werden müssen und organisatorische Barrieren stellen ein Problem dar. Deswegen ist die systematische Schulung und Implementierung des Wissens erforderlich. (Ewers, Andre`et al., 2011, S.521)

### Aspekt des Wissenstransfers in der Pflege:

Warum ist Wissenstransfer ein so relevantes Thema im Gesundheitswesen und der Pflege geworden? Aus praktischer Erfahrung liegt die Vermutung nahe, dass die Relevanz des Wissenstransfers, mit den Anforderungen beziehungsweise Inhalten eines Qualitätsmanagements (Aspekt der Pflegequalität<sup>64</sup>) in der Pflege gestiegen ist.

Wie also, so die dahinter liegende Frage, kann neues wissenschaftliches Wissen so in die Pflegepraxis transferiert werden, dass es dort rezipiert, angeeignet und intentionsgemäß verwendet wird. Wie auch, so die weitere sich stellende Frage, kommen wir zu einer lernenden Pflege – der Begriff wird hier bewusst in Anspielung auf den Begriff der „lernenden Organisation“ verwendet.

Pflege soll also neue Erkenntnisse aufgreifen, reflektieren und produktiv sein. Berichte des Sachverständigenrats, der sich in den letzten Jahren mehrfach mit dem Thema Qualität befasst hat und dabei im Jahr 2000/2001 auch das Thema Wissenstransfer aufgegriffen hat (SVR<sup>65</sup> 2000/2001), weisen darauf hin.

---

<sup>64</sup> Donabedian (1980) entwickelte zur Umsetzung von Qualität in der Sozialen Arbeit ein Stufenmodell, welches sich bis heute im Pflegealltag finden lässt. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden charakterisiert, denn überall dort, wo es um Fragen der Verbesserung der (Pflege-) Qualität geht, stellt sich die Frage, wie neu erarbeitete Erkenntnisse und Konzepte, die auf evidenzbasiertem Wissen beruhen, in die Praxis gelangen und so in die Praxis gelangen, dass sie dort rezipiert und umgesetzt werden und zur einer Optimierung der Pflegequalität führen. (vgl. Zollondz, Hans-Dieter, 2006, S 161) Die Strukturqualität beschreibt die Rahmenbedingungen, die zur Durchführung der Pflegeleistung erforderlich sind, wie Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedingungen, erforderliche Räume und notwendige Materialien.

<sup>65</sup> SVR: Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, im Abstand von zwei Jahren Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Insbesondere soll er unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen entwickeln, Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorlegen, sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzeigen. Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates ist § 142 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sowie ein Errichtungserlass.

Ihn beschäftigte die Frage, wie angesichts des enormen Zuwachses an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und des schnellen Verfalls vorhandenen Wissens, die Qualität professionellen Handelns im Gesundheitswesen aufrechterhalten und gefördert werden kann. Er kommt zu dem Fazit, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung verändert und intensiviert und eine neue Professionskultur entfaltet werden muss, in der die Aneignung neuen Wissens zum selbstverständlichen Bestandteil professionellen Handelns im Gesundheitswesen gehören. Das war auch meine, mich treibende These bei der Bewältigung meiner Forschungsarbeit.

Für Holzkamp (1985) setzen Lernprozesse vor allem dann ein, wenn man in seinen Handlungen nicht mehr weiter kommt. „Das menschliche Individuum hat immer auch die ‚Alternative‘, nicht oder anders zu handeln, und ist in diesem Sinne den Bedeutungen als bloßen Handlungsmöglichkeiten gegenüber ‚frei‘.“ (Holzkamp, Klaus 1985, S. 236)

Lenz (1995) greift diesen Gedanken auf:

Einerseits sind in den gesellschaftlichen Bedeutungsstrukturen objektive Notwendigkeiten enthalten, andererseits hängt es von meinem subjektiven Standort, meiner Situation, meiner Befindlichkeit und meinen Intentionen ab, ob und welche Handlungsmöglichkeiten ich für mich ergreife. Zu den Handlungsmöglichkeiten gehört damit auch, die Handlungsmöglichkeiten selbst zu ändern. (Lenz, Meretz 1995, S. 68)

Diese Aspekte hinterlassen positive Stimmungen und Hoffnungen für das Gelingen meiner Forschungsarbeit, denn wenn eine Schranke erkannt ist, ist sie wenigstens geistig schon überschritten. Schon diese geistige Überwindung ist eine Alternative. (vgl. Holzkamp, Klaus 1985)

#### Aspekt „Handlungsmöglichkeit Kurriculums“:

Pflege geschieht in den verschiedenen stationären, teilstationären und ambulanten Arbeitsfeldern.

Das Prinzip der qualitativen Hochwertigkeit gilt gleichermaßen für alle Arbeitsfelder und Tätigkeitsschwerpunkte. Hierauf muss die Ausbildung angemessen und zielorientiert vorbereiten. Übergeordnetes Ziel ist die Befähigung der Auszubildenden im Sinne einer qualitativ hochwertigen und professionellen Pflege, bei der die Kernperspektive – trotz aller bekannten Probleme und Widrigkeiten – immer die des pflegebedürftigen Menschen beziehungsweise dessen Versorgung ist. (vgl. Handreichung des *Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit* Rheinland-Pfalz (Hrsg.): "Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die



Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz", 2005, S.12-13)

In weiterer Anlehnung an die Handreichung des Ministeriums (2005) ist das Ziel der beruflichen Ausbildung die „Entwicklung von Handlungskompetenz“. Sie wird angestrebt und wird differenziert in die Dimensionen: Fachkompetenz, Personalkompetenz, Sozialkompetenz. Erst durch das Ineinandergreifen dieser drei Kompetenzbereiche wird eine umfassende Handlungskompetenz erreicht. Diese und deren Komponenten sind, so die „Handreichungen“, zugleich Voraussetzung für einen weiteren Kompetenzbereich, nämlich die Methoden- und Lernkompetenz.

Im § 3 des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003 lässt sich ganz ähnliches nachlesen:

Die Ausbildung (...) soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. ("Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland – Pfalz", 2005, S.13-14)

Aus der Perspektive berufspädagogischer Erkenntnisse kann ein solchermaßen persönlichkeits- und qualifikatorisch ausgerichteter Kompetenzerwerb nur geschehen durch eine konsequent handlungsorientierte Ausrichtung der Ausbildung. „Handlungsorientierung“ hat dabei grundsätzlich zwei Zielrichtungen, nämlich das Lernen für Handeln und das Lernen durch Handeln.

Die Entwicklung und Umsetzung des Kurriculums: „Schmerzmanagement für Bildungsteilnehmer der Gesundheits- und Krankenpflege“, erfüllt den Status „Handlungsmöglichkeit zur Steuerung des Handelns von Pflegekräften in Interaktion mit Schmerzpatienten“. Die Entwicklung, Planung und Umsetzung des Kurriculums mit einem Stundenumfang von 80 UE<sup>66</sup> (14 Module) hat einen Begründungsrahmen erhalten. Skizzieren lässt sich das Forschungsvorhaben wie folgt: Umgesetzt das heißt unterrichtlich vermittelt, werden zunächst sieben Module mit insgesamt vierzig UE. (Fachinhalte dieser Module wurden hier im Theorieteil bearbeitet.) Es kommt dann zum Einsatz der Aktionsforschung am Lernort berufliche Praxis. Zweck dieser Methode ist die Erforschung und gleichzeitige Veränderung von Unterrichtspraxis, und besonderes Merkmal ist, dass die Forschung von Praktikern betrieben wird, die

---

<sup>66</sup> 1 Unterrichtseinheit entspricht 45 min

wiederum ihre eigene Praxis untersuchen. (vgl. Altrichter, Herbert; Posch, Peter 2007, S. 13)

Der Zweck des Einsatzes der Aktionsforschung für diese Forschung lässt sich folgendermaßen skizzieren: Die Theorielehrerin führt nach der unterrichtlichen Vermittlung von vierzig Unterrichtsstunden (theoretischen Krankenpflegeunterricht) geplante, kriteriengeleitete Beobachtungen in der Pflegepraxis durch. Ergebnisse dieser Beobachtungen können (werden) zu Veränderungen im nächsten theoretischen Krankenpflegeunterricht (weitere vierzig Unterrichtsstunden) führen. Somit findet die Aktionsforschung Anwendung.

Aktion und Forschung stehen im Spannungsverhältnis, da Forschung auf Erkenntnisgewinn über die Praxis, Aktion jedoch auf Innovation der Praxis ausgerichtet ist. Beide Tätigkeiten werden von derselben Person ausgeführt. Die Lehrkraft steht im zweifachen Verhältnis zu ihrer Praxis: ein forschend-explorierendes und ein handelnd-intervenierendes. In der ersten Perspektive setzt die Lehrkraft Aktionsforschung als Methode der Unterrichtsforschung ein, in der zweiten Perspektive als Instrument der Qualitätsverbesserung des Unterrichts. Beide Perspektiven können einander ergänzen, aber auch Konflikte hervorrufen. Die der Aktionsforschung zugrundeliegenden Spannungsverhältnisse sind zugleich Chancen und Stolpersteine des Forschungsansatzes. (vgl. Altrichter, Herbert; Posch, Peter 2007 und Hart, Elisabeth, Bond, Meg, 2001)

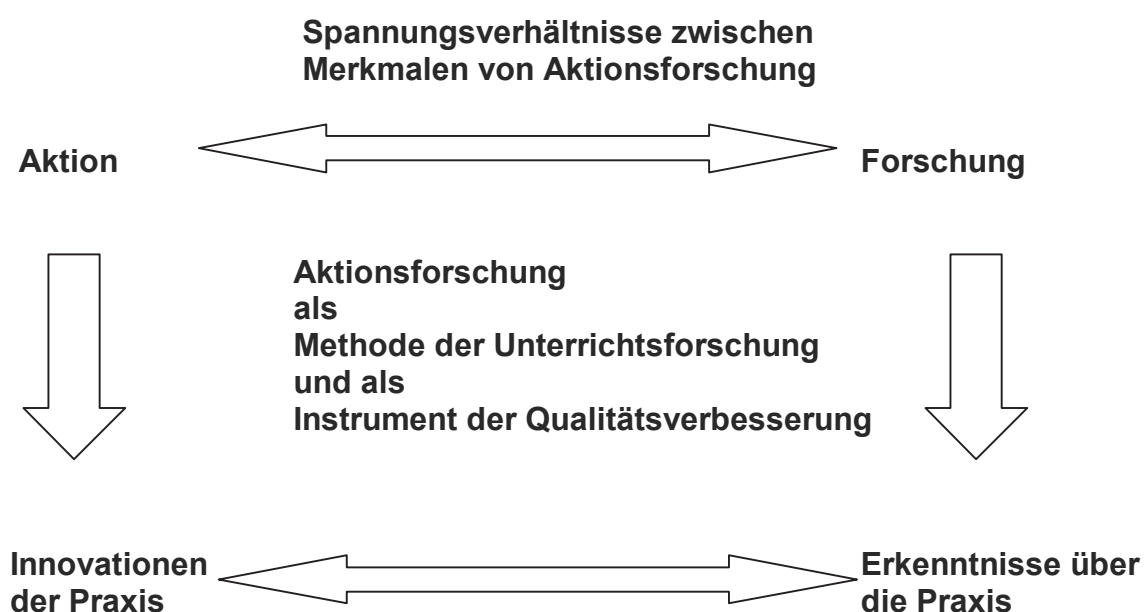


Abbildung 5: Spannungsverhältnis zwischen Aktion und Forschung (Quelle: Autor)

Eine genaue Darstellung und Auswertung dieser Forschung findet im empirischen Teil statt.

Die Konzeption des Kurriculums: „Schmerzmanagement für Bildungsteilnehmer der Gesundheits- und Krankenpflege“ lässt sich wie folgt darstellen:

#### Problemlage und Arbeitsstandpunkte zur Konzeptionsentwicklung

Pflegekräfte (auch zukünftige) sollen die Schmerzen besser bei den Patienten wahrnehmen, damit die Zeit zwischen dem Auftreten der Schmerzen und deren Linderung deutlich verkürzt wird, so die Forderung des Nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement der Pflege. (vgl. Osterbrink, Jürgen, 2004)

Schmerz meldet sich pflichtgetreu wie eine Alarmglocke und zeigt an, dass die geistige, seelische oder körperliche Harmonie gestört ist und wir der Ursache des Schmerzes auf den Grund gehen sollten. Er begleitet uns durch das ganze Leben und jeder kennt ihn. Schmerz und deren Wahrnehmung hat viele Facetten.

Probleme wirft für Schmerzpatienten vielfach bereits die Kommunikation subjektiver Befindenslagen und mehr noch die Beschreibung von Schmerzzuständen auf. Sie sind für die Betroffenen nur schwer in Worte zu fassen und damit auch den professionellen Akteuren schwer vermittelbar. (vgl. Müller-Mundt, Gabriele, 2005)

Osterbrink hat durch die Studie zur Implementation des Nationalen Expertenstandard Schmerzmanagement der Pflege aufzeigen können, dass Pflegenden Informationen, ob Patienten Schmerzen haben, von Nachbarpatienten, von Angehörigen oder durch Mimik und Gestik des Patienten in Erfahrung bringen. (vgl. Osterbrink, Jürgen, 2005) Folgendes stellt Osterbrink (2006) über die Schmerzwahrnehmung von Pflegekräften dar: „(...) auch an den Reaktionen der Patienten merken wir häufig, wenn sie Schmerzen haben, die liegen dann halt weinend im Bett oder krümmen sich vor Schmerzen.“

Ähnliches antworten die Pflegekräfte häufig auf die Frage nach ihrem Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung, die im Rahmen der Befragung auch auf anderen Stationen gestellt wurde. Prinzipiell erfolgt keine Ersteinschätzung der Schmerzen, wenn die Patienten auf die Station kommen. Die Schmerzskala zur Intensitätsmessung von Schmerzen wird nicht eingesetzt. (vgl. Osterbrink, Jürgen 2006)

Folgender Aspekt wird bei der Wahrnehmung von Schmerzen durch Pflegekräfte kaum berücksichtigt:

Frauen nehmen Schmerz differenzierter wahr und klagen häufiger über Schmerzen. Demzufolge gibt es einen Zusammenhang zwischen der Geschlechterrolle und dem Schmerzerleben. (vgl. Teuber, Nadine et al., 2005) Das Wissen um genderspezifische Verhaltensweisen in Krankheitssituationen ist ein wichtiger Aspekt für die Gestaltung einer individuell angepassten, patientenorientierten Pflege. Dabei geht es schließlich auch um die Verbesserung der Lebensqualität der einzelnen PatientInnen. Gender Care ist in Deutschland ein noch sehr junges Forschungsgebiet, welches meist den Umgang mit Ärztinnen beforscht hat. Frauen und Männer haben unterschiedliche gesundheitliche Probleme, zeigen ein unterschiedliches Körper- und Krankheitsbewusstsein und artikulieren auf unterschiedliche Art und Weise ihre Symptome. Männer und Frauen werden in ihrem Denken, Verhalten und Erleben durch geschlechtsspezifische soziale Rollenmuster geprägt. (Nigl-Heim, Ulrike R. 10/2004)

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Schmerzerleben müssen von den Pflegekräften dringend, gerade im Sinne einer Patientenorientierung, berücksichtigt werden.

Wittneben (2004) geht davon aus, dass wenn Pflegende bewusst Symptome beobachten müssen, sie Patienten in unterschiedlichen Modalitäten (sehen, hören, riechen, fühlen) wahrnehmen können müssen.

Die Pflege, befördert durch die Pflegewissenschaft, kann eigene pflegerische Symptomsammlungen erstellen und – analog zu Krankheitsbildern – zu Pflegebildern zusammenstellen. Unter Pflegebildern versteht Wittneben jene Muster, die Pflegende über Jahre in sich speichern und die einen großen Vorrat ihres impliziten Wissens darstellen. (vgl. Wittneben, Karin 2004)

Die Pflegeforscherin Nancy Rooper verleiht dem Schmerz auch Symptomcharakter, nennt ihn aber, im Hinblick auf den ganzheitlichen Pflegeansatz, eine Reaktion auf viele mögliche Stressoren.

Den Pflegenden fällt es oft schwer, den Schmerzen eines Patienten wertfrei zu begegnen.

Eine Einstellung zum Schmerzerleben beziehungsweise zur Schmerzwahrnehmung ist soziokulturell geprägt und eng mit dem vorherrschenden Verständnis von Gesundheit und Krankheit verknüpft. Trotz Dominanz naturwissenschaftlich

begründeter Erklärungsmuster prägen heute teilweise magische und religiöse Konzepte das Krankheits- beziehungsweise Gesundheitsverständnis. Das betrifft auch das Schmerzverständnis. Im Kontext biomedizinischer Erklärungsmodelle von Krankheit und Gesundheit wurde und wird dem Schmerz primär Symptomcharakter zugeschrieben. (vgl. Müller-Mundt, Gabriele, 2005)

Wittneben berichtet, dass sich ihr zum Schmerz folgende Pflegebilder eingeprägt haben:

Ein deutscher Patient mit einer Nierenkolik kam laut stöhnend aus dem Zimmer auf den Flur gelaufen, vor Schmerz gebeugt, eine Hand in die schmerzende Seite gepresst und bat umgehend um eine schmerzstillende Spritze. Ein türkischer Patient blieb in seinem Zimmer, kniend in Gebetshaltung auf dem Bett, in einem Fall mit dem Kopf zum Fußende des Bettes und bewegte sich betend und leise stöhnend auf und nieder. Auch er benötigte eine schmerzstillende Spritze, forderte sie aber nicht offensiv ein.

Das sind Pflegebilder, die uns zum Beispiel für eine kultursensible Pflege öffnen können. Pflegekräfte, besonders jene mit einer langen Berufserfahrung, haben in großer Vielfalt und Buntheit Pflegebilder in sich eingelagert.

Körperliche, emotionale und soziale Einflussfaktoren, die eine Chronifizierung von Schmerzen begünstigen und den Schmerz verstärken können, müssen von Beginn an berücksichtigt werden. Die hierfür erforderlichen klinischen und psychosozialen Kompetenzen können unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Regelversorgung jedoch nicht generell vorausgesetzt werden. (vgl. Müller-Mundt, Gabriele, 2005)

Eine kontinuierliche Aktualisierung des pflegerischen Wissens ist notwendig, um den veränderten Anforderungen gerecht zu werden. Mit Hilfe von Schlüsselqualifikationen und Basiskompetenzen soll ein eigenverantwortliches, lebenslanges und angewandtes Lernen ermöglicht werden.

#### Zielstellungen:

Im neuen Krankenpflegegesetz werden in §3 Abs.1 und 2 die Ziele der Krankenpflegeausbildung genannt. Aus diesen Anforderungen lassen sich Ziele für die Ausbildung ableiten (vgl. Mahler, Rudolf, 2004):

#### Wissenschaftliche Fundierung

Von den Pflegenden wird ein dem anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechendes Handeln gefordert.

#### Kompetenzorientierung

Die Entwicklung fachlicher, personaler, sozialer und methodischer Kompetenzen soll gefördert werden.

#### Gesundheitsförderung

Prävention und Rehabilitation. Die Pflege soll auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der psychischen und physischen Gesundheit der Patienten ausgerichtet sein.

#### Professionelles Handeln

In die Pflege müssen individuelle Lebenssituationen und -phasen sowie die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der zu pflegenden Menschen einbezogen werden. Ein verstehendes Handeln soll den Pflegeprozessen zugrunde liegen. Zusammen mit der geforderten wissenschaftlichen Fundierung als regelgeleitetes Handeln ergibt sich eine doppelte Handlungslogik, die in der Literatur dem professionellen Handeln zugeordnet wird. (vgl. Mahler, Rudolf, 2004)

#### Prozesshaftigkeit

Der komplette Prozess bis hin zur Evaluation des Pflegeergebnisses wird dargestellt. Erhebung des Pflegebedarfs sowie Planung, Organisation, Durchführung, Dokumentation sowie Evaluation der Pflege werden gefordert und nicht mehr nur die geplante Pflegeintervention (wie im Gesetz von 1985).

#### Beratung und Anleitung

Weitere Aufgaben sind Beratung und Anleitung von zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen. Dies geschieht in der Auseinandersetzung mit den Aspekten „Gesundheit“ und „Krankheit“.

Es gilt also, pflegerische Handlungen theoretisch abzusichern und neuere Erkenntnisse für das Handeln nutzbar zu machen. Nur wenn Konzepte dem pflegerischen Handeln zu Grunde liegen, lässt sich dieses Handeln auch anderen gegenüber begründen. Wissen und Begründen sind wichtig für die Qualität und Transparenz pflegerischen Handelns.

- Die Bildungsteilnehmer werden geschult, den Schmerz bei den ihnen anvertrauten Patienten bewusster wahrzunehmen zu können.

- Die Vermittlung der Themen soll dazu beitragen, die Handlungskompetenzen im Umgang mit den Schmerzpatienten zu erweitern und nicht zuletzt somit die Qualitätssicherung in der Versorgung aller Schmerzpatienten sicherzustellen.
- Die Bildungsteilnehmer sollen dazu befähigt werden, den Schmerzpatienten und seine Angehörigen zu informieren, zu schulen und zu beraten (Patientenedukation!).

Die Bildungsteilnehmer haben kurz vor Beendigung dieses Kurriculums im mündlichen Assessmentverfahren, definierte Handlungskompetenzen zu zeigen. Danach erhalten sie ein Zertifikat, welches ihnen Inhalte und Kompetenz (typische Lernergebnisse) bescheinigt. In Bearbeitung befindet sich der Prozess einer Abklärung, die Zertifikate angelehnt an die *Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes* (DGSS) auszustellen. Hiermit ergäben sich noch größere Chancen einer regionalen Anpassung für die Bildungsteilnehmer.

Modulstruktur: Curriculum „Schmerzmanagement für Bildungsteilnehmer der Gesundheits- und Krankenpflege“

<b>Modul<sup>67</sup></b>	„Eine Berufsqualifikation besteht aus einer Kombination von Teilkompetenzen (= Modulen), die zur Gesamtfunktion (= berufliche Handlungskompetenz) unerlässlich sind. Modul ist also Teil eines Ganzen.“ (Kloas, Peter-Werner, 2001, S.2)
Lernvoraussetzungen	Zu den Lernvoraussetzungen zählt alles, was an Kenntnissen, Fertigkeiten, Begriffen, Einstellungen, Motiven, Denkmustern Verhaltensstrategien und Verhaltensdispositionen bei Lernenden vorhanden ist, wenn der Unterricht zu einer bestimmten Thematik beginnt. (vgl. Kaiser, Astrid/Pech, Detlef, 2004)
Kompetenzen (Handlungskompetenzen)	Lernkompetenz ist die Fähigkeit und Bereitschaft, Informationen über Sachverhalte und Zusammenhänge selbstständig und gemeinsam mit anderen zu verstehen, auszuwerten und in gedankliche Strukturen einzuordnen. Dadurch wird erfolgreiches Lernen möglich. (vgl. Bader, Reinhardt, 1989) Handlungskompetenz wird verstanden als die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten. <sup>68</sup>
Inhalte	Themenbereiche beziehungsweise Inhalte, die in Bezug zum Modulthema stehen
Lehr-/Lernaktivitäten	Auswahl und Einsatz von Lehr-/Lernmethoden, die der Diversität gerecht werden, also unterschiedliche Lernvoraussetzungen berücksichtigen.
Assessments/Aufgaben	Beurteilung, Einschätzung beziehungsweise Prüfung von erworbenen Fähigkeiten beziehungsweise Fertigkeiten durch ein bestimmtes, vorher festgelegtes Prozedere
Stundenumfang	Zeitangabe über die zu leistenden Unterrichtsstunden (à 45 Minuten)
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GuK	Die einzelnen Module sind sogenannte „Basismodule“, weil es Hinweise geben soll, dass hier zunächst Basiswissen vermittelt wird. Optional ist im Anschluss die Vermittlung von speziellem Wissen in „Aufbaumodulen“ vorstellbar. Da dieses Unterrichtsgeschehen nicht losgelöst vom Gesamtkurriculum der Gesundheits- und Krankenpflege verläuft, wird hier der curriculare Bezug mit den dementsprechenden Klassifikationsziffern des Gesamtkurriculums belegt.
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Hier werden Arbeitsaufträge zur Vertiefung beziehungsweise Festigung des erworbenen Wissens benannt, welche von den Bildungsteilnehmern individuell oder in der Lerngruppe zu bearbeiten sind.

Modulinhalte: Curriculum „Schmerzmanagement für Bildungsteilnehmer der Gesundheits- und Krankenpflege“ :

<sup>67</sup> in Anlehnung an Kloas, Peter-Werners (2001) Begriffsbestimmung und Standpunkte zum Modulbegriff

<sup>68</sup> vgl. KMK, 23. September 2011



<b>1. Modul</b>	<b><u>Der Schmerz im Pflegehandeln</u></b>				
Lernvoraussetzungen	Selbst- und Fremderfahrungen zu Schmerzen Entwicklung eigener Handlungsstrategien/Bewältigungsstrategien Erfahrungen im Umgang mit Schmerzpatienten Erfahrungen in der Projektarbeit				
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer reflektieren ihr eigenes Handeln im Umgang mit dem Phänomen „Schmerz“, überprüfen dieses Handeln und können neue Ziele setzen. Die Bildungsteilnehmer entwickeln einen neuen persönlichen Standpunkt zum Wert: „Schmerzfreiheit“ und handeln als aktiver Part im Pflegeprozess				
Inhalte	<p>Einführung, Übersicht und Orientierung zu den nun folgenden Modulen integrativer Lehrangebote, Erwartungen und Chancen</p> <p>philosophisch/kulturwissenschaftliche Betrachtungen zum Wert und Recht des Menschen auf Schmerzfreiheit und Wohlbefinden Begriff des Handelns/menschliche Handlungen gesellschaftliche Relevanz von Schmerzerkrankungen im Überblick (Sozioökonomie)</p> <p>Einflussfaktoren auf menschliches Handeln/ Schmerz als ein universeller Einflussfaktor des Handelns</p> <p>Behandlungsstrategien</p> <p>Rolle/Situation von Pflegenden bei der Betreuung von Schmerzpatienten</p> <p>Möglichkeiten, Pflegehandeln umzusetzen: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege/DNQP Die schmerzfreie Klinik – ein Ziel der Zukunft (Visionen)</p>				
Lehr-/Lernaktivitäten	Vorlesung Seminare Impulsreferate Training				
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt				
Stundenumfang	<table> <tr> <td>Gesamt</td> <td>6 Stunden</td> </tr> <tr> <td>Präsenzseminar</td> <td>6 Stunden</td> </tr> </table>	Gesamt	6 Stunden	Präsenzseminar	6 Stunden
Gesamt	6 Stunden				
Präsenzseminar	6 Stunden				
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GuK	Basismodul I. 5.3 I. 5.8 II.2.4				
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Arbeitsblatt/Arbeitsauftrag zur Entstehung von Expertenstandards im DNQP (60 min)				

<b>2. Modul</b>	<b><u>Der Umgang mit Schmerzpatienten in der Pflege</u></b>
Lernvoraussetzungen	Grundlagen der Kommunikationstechnik Erfahrungen im Umgang mit Schmerzpatienten Entwicklung eigener Handlungsstrategien
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer können pflegerische Handlungen im Umgang mit Schmerzpatienten reflektieren und Konflikte darstellen. Ihre Gesprächsführungskompetenz wird gestärkt. Sie können Empathie entwickeln. Somit werden sie verantwortungsvoller in komplizierten Situationen reagieren können und zur Konfliktlösung beitragen.
Inhalte	Die Rolle des Schmerzpatienten – Die Patientenperspektive  Die Rolle der Angehörigen – Die Angehörigenperspektive  Das Gespräch mit dem Schmerzpatienten  zentrale Begriffe wie: Coping, Compliance  Wahrheit oder Lüge  Konfliktmanagement
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminare Training
Assessment/ Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 4 Stunden Präsenzseminar 4 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I. 5.3
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	

<b>3. Modul</b>	<b><u>Der Schmerzpatient: Charakterisierungen</u></b>
Lernvoraussetzungen	Erfahrungen im Umgang mit Schmerzpatienten aller Altersgruppen
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer sind in der Lage, Differenzierungen zwischen den Patientengruppen wahrzunehmen. Sie richten ihre Pflegeinterventionen gezielt auf die Pflegeempfänger aus. Dazu haben sie Verständnis für subjektive Verhaltensweisen entwickelt.
Inhalte	<div> Schmerzen im Kindesalter  Schmerzen im Erwachsenenalter  Schmerzen im betagten Alter  Gender und Schmerz  Kultur und Schmerz </div> <div> } Handlungen ableiten </div>
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminare Beobachtungen (LOP) Training/Rollenspiel
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 8 Stunden Präsenzseminar 8 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I. 5.3 II.2.5 III.1.3
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Arbeitsauftrag Beobachtungstraining (60 min)

<b>4. Modul</b>	<b><u>Den Schmerz erkennen, klassifizieren und verstehen</u></b>
Lernvoraussetzungen	Kenntnisse zu anatomisch/physiologischen Grundlagen der Schmerzentstehung
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer erwerben Kenntnisse zur Schmerzphysiologie/Schmerzpathologie, um Pflegeinterventionen bewusster reflektieren zu können.
Inhalte	Begriffsklärung: „Schmerz“ anatomisch/physiologische Grundlagen der Schmerzweiterleitung und Schmerzverarbeitung (Nozizeption) Gate-Control-Theorie Klassifizierung (akuter Schmerz, chronischer Schmerz) Schmerzarten pathophysiologische Grundlagen
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminare Training Fallanalyse Lehrfilm
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 8 Stunden Präsenzseminar 8 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I. 5.3
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Arbeitsauftrag zur Reizaufnahme/Reizleitung/Reizverarbeitung (90 Minuten)

<b>5. Modul</b>	<b><u>Schmerz wahrnehmen</u></b>
Lernvoraussetzungen	Schmerz kann in unterschiedlicher Qualität wahrgenommen werden, Schmerz wird bestimmten Erkrankungen zugeordnet
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer wenden in der Pflegepraxis gezielt ihr Wissen an, um Schmerzen zu identifizieren. Sie sind in der Lage, ihre Beobachtungen unmissverständlich zu beschreiben und adäquate Assessments gezielt einzusetzen.
Inhalte	Mimik, Gestik, Körperhaltung von Schmerzpatienten Anhaltspunkte zur Interpretation von Beobachtungen, insbesondere bei vulneablen Patientengruppen Beobachtungen zum Schmerzverhalten schulen Schmerzqualitäten wahrnehmen und unterscheiden können Schmerzqualitäten, bei wahrnehmungsgestörten Patienten Schmerzen diagnostizieren Schmerzverhalten beobachten Beobachtungen beschreiben Differenzieren von Schmerzqualitäten Algorithmus zur kriteriengeleiteten Beobachtung kennenlernen
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminar Training
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 4 Stunden Präsenzseminar 4 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I.4.9 I.5.6
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	verschiedene Beobachtungsstrukturen einprägen und trainieren (90 Minuten)

<b>6. Modul</b>	<b><u>Algometrie</u></b>
Lernvoraussetzungen	Schmerz wird als eine subjektive Größe angesehen, Schmerz als fünftes Vitalzeichen wahrgenommen. Verschiedenene Möglichkeiten der algosimetrischen Schmerzwahrnehmung in der Praxis wahrgenommen.
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer kennen standardisierte Verfahren der Algesimetrie und können sie anwenden. Sie wählen das entsprechende Assessmentinstrument gezielt aus und evaluieren dessen Einsatz. Die Bildungsteilnehmer können Patienten zur Schmerzmessung anleiten.
Inhalte	Schmerzerhebung, Schmerzmessung, Schmerzdokumentation (Assessments: Lineale, Skalen, Fragebögen, Mc Gill Fragebogen, Tagebücher et cetera) Algometrie bei vulnerablen Patientengruppen (Neugeborene, Kinder, demente Menschen und Menschen mit geistiger Behinderung) Prozedere zur Anleitung von Patienten
Lehr-/Lernaktivitäten	Workshop-Seminar Training
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 4 Stunden Präsenzseminar 4 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I. 5.3
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Erarbeitungen zu verschiedenen Assessments (90 Minuten)

<b>7. Modul</b>	<b><u>Psychologische Aspekte des Schmerzes</u></b>
Lernvoraussetzungen	Psychopathologische Symptome und die Reflexion von Begleiterecheinungen wurden in der Praxis wahrgenommen. Praktische Erfahrungen können am Fallbeispiel dargestellt werden.
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer erwerben Fachwissen zu psychopathologischen Symptomen des Schmerzes. Dabei unterscheiden sie den akuten und chronischen Verlauf. Sie kennen die systemischen Begleiterecheinungen von Schmerzkrankheiten und leiten bestimmte Pflegeinterventionen ab.
Inhalte	Der chronisch kranke Mensch Kenntnisse über Chronifizierungsprozesse Kenntnisse über verschiedene Verarbeitungsmechanismen (kognitiv, affektiv) Angst, Depression, Sucht Kenntnisse über psychologische/ psychotherapeutische Behandlungsverfahren (progressive Relaxation nach Jakobson, autogenes Training, Biofeedback) Das multimodale Therapiekonzept
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminare Training am Fall
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstestat berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 6 Stunden Präsenzseminar 6 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul  I.5.5
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Erarbeitungen/Recherchen zu multimodalen Therapiekonzepten (90 Minuten)

### 3 Über das Spannungsverhältnis zwischen Aus- und Weiterbildung

In der Gesundheits- und Krankenpflege hat sich das Spannungsverhältnis zwischen Aus- und Weiterbildung in Richtung Weiterbildung verschoben.

Kaiser (2005) führt an, dass sich bedingt durch den gesellschaftlichen Wandel auch das Berufsfeld Pflege verändert. Anforderungen an Kompetenz- und Tätigkeitsprofile von Pflegekräften steigen. Qualitativ gutes Pflegehandeln ist deswegen wichtiger denn je. (vgl. Kaiser, Karin 2005, S. 13)

Das Berufsbild „Gesundheits- und Krankenpfleger“ umfasst die eigenständige Pflege, Beobachtung, Betreuung und Beratung von Patienten und Pflegebedürftigen in einem stationären oder ambulanten Umfeld sowie die Dokumentation und Evaluation der pflegerischen Maßnahmen.

Im Krankenpflegegesetz<sup>69</sup> werden Ausbildungsziele unter § 3 Abs.1 wie folgt beschrieben:

Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten.

Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen.

(Krankenpflegegesetz – KrPflG, 2003, S.5)

Fichtmüller und Walter (2007) interpretieren Ziele und Inhalte der Pflegeausbildung wie folgt: „Ziel der Pflegeausbildung ist die Befähigung zum professionellen Handeln.

In der Ausbildung nimmt Pflege als berufliches Handeln Gestalt an und es wird gelernt, Pflege selbst zu gestalten.“ (Fichtmüller, Franziska; Walter, Anja, 2007, S. 205)

Dieses professionelle Berufsverständnis verpflichtet somit zu lebenslangem Lernen. Die neuen Impulse erzeugen in Zukunft sicher ein Spannungsverhältnis zwischen Aus- und Weiterbildung. Da die Anforderungen an Kompetenz- und Tätigkeitsprofile im Pflegeberuf steigen, muss bereits in der Ausbildungszeit verstärkt fachspezifisches Wissen vermittelt werden. Interessant wäre es dann zu

---

<sup>69</sup> Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz-KrPflG), Ausfertigungsdatum: 16.07.2003



untersuchen, ob es positive Auswirkungen auf zum Beispiel die Anschlussfähigkeit an Weiterbildungsmaßnahmen geben könnte.

Es gibt im Anschluss an die pflegerische Grundausbildung für nahezu alle spezialisierten Bereiche der Pflege Weiterbildungen. Diese können im Rahmen von schulischen Fachweiterbildungen (staatlichen Anerkennung) zu einer erweiterten Berufsbezeichnung führen (Fachgesundheits- und Krankenpfleger).

Weitere Qualifikationsmöglichkeiten bieten pflegewissenschaftliche, -pädagogische und -wirtschaftliche Studiengänge, für die in der Regel die abgeschlossene Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger vorausgesetzt wird.

Berufsbegleitende Fachweiterbildungen dauern in der Regel zwei Jahre, enden immer mit einer Prüfung und führen zu einer neuen Berufsbezeichnung beziehungsweise einer erweiterten Berufsbezeichnung. In einigen Bundesländern gibt es gesetzliche Grundlagen für Weiterbildungen. Beispiele für Fachweiterbildungen sind die Bereiche: Anästhesie, häusliche Intensivpflege, Gerontopsychologie onkologische Pflege, Operationsdienst, Psychiatrie oder die Weiterbildung zur Hygienefachkraft oder zum Wundexperten.

Exemplarisch werden hier Ziele der Fachweiterbildung am Beispiel „Pflegefachkraft für Onkologie“ aufgeführt. Das Land Berlin regelt diese Fachweiterbildung durch eine Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung zur „Heranbildung von Pflegefachkräften in der Onkologie“<sup>70</sup> und beschreibt die allgemeinen Ziele dieser Weiterbildung wie folgt: „Die Weiterbildung soll die speziellen Kenntnisse, Fertigkeiten und Verhaltensweisen vermitteln, die erforderlich sind, um die pflegerischen Aufgaben in den verschiedenen Fachbereichen der Onkologie unter Berücksichtigung des Krankenpflegeprozesses wahrzunehmen.“ (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin vom 30.6.1996, 52. Jahrgang/Nr. 37/ 27.6.1996)

Obwohl die zentrale Bedeutung von Weiterbildung als integrativer Bestandteil des lebenslangen Lernens zur Bewältigung gesellschaftlicher und ökonomischer Veränderungen fast täglich herausgestellt wird, schlägt sich diese positive Wertzuschreibung zum Beispiel nicht in bundeseinheitlichen Kurricula<sup>71</sup> (hier am Beispiel der Weiterbildungen zur Pflegefachkraft für Onkologie) nieder. Auch aus diesem Grund sind weitere Gremien nötig, um zum Beispiel die Qualität dieser Fachweiterbildungsmaßnahmen zu sichern.

<sup>70</sup> Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin vom 30.6.1996, 52. Jahrgang/Nr. 37/ 27.6.1996

<sup>71</sup> Hier wird auch von mir auf die Stundenzahl der Weiterbildungsmaßnahme angesprochen, welche nach Bundesländersregelung 900 Stunden und nach Regelung durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) 720 Stunden betragen kann.

Die Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK<sup>72</sup>) setzt sich dafür ein, dass:

- die Qualität der pflegerischen Betreuung krebskranker Menschen auf einem hohen Niveau liegt.
- die Vernetzung von Pflegewissenschaft und -forschung mit der onkologischen Praxis in Deutschland voranschreitet.
- die Zusammenarbeit aller Personen, die sich praktisch, wissenschaftlich oder pädagogisch mit der Pflege krebskranker Menschen befassen, gefördert wird.
- die Mehrheit der onkologisch Pflegenden fortgebildet ist.
- die Bedeutung onkologischer Pflege im therapeutischen Team herausgestellt wird.
- die Arbeit der KOK in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird

Derzeitige und künftige gesellschaftliche Bedarfslagen bestimmen eine bedarfsorientierte Pflege der Bevölkerung.

Unter zur Hilfenahme von Dohmen argumentiert Kaiser, dass qualitätsvolles Pflegehandeln ausgebildet und dauerhaft sichergestellt werden kann. In der beruflichen Erstausbildung erhalten Pflegekräfte die Kompetenzen, die für den Einstieg in die Berufstätigkeit notwendig sind.

Aufgrund anhaltender Weiterentwicklungen der Wissensbestände über Pflege, wird der Weiterbildungsbereich zunehmend wichtiger werden. Nach wie vor fehlt eine angemessene Erörterung des Stellenwertes der Weiterbildung für die dauerhafte Gewährleistung und Weiterentwicklung qualitätsvollen Pflegehandelns.

Gaidys<sup>73</sup> (2008) fordert auf einer DBfK<sup>74</sup>-Fachtagung<sup>75</sup> Advanced-Nursing-Practice-Konzepte und Perspektiven für erweiterte Handlungsfelder der Pflege in Deutschland. „Qualität braucht Wissen, Kompetenz und Verantwortung.“

---

<sup>72</sup> Die Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) wurde im Januar 1987 in Frankfurt/Main gegründet. Sie ist eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.  
<http://www.kok-krebsgesellschaft.de/Stand:18.7.2013>

<sup>73</sup> Prof. Dr. Uta Gaidys, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät für Wirtschaft und Soziales, Department Pflege und Management, Saarlandstrasse 30  
22303 Hamburg, [uta.gaidys@haw-hamburg.de](mailto:uta.gaidys@haw-hamburg.de)

<sup>74</sup> DBfK-Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) – Bundesverband e.V.

<sup>75</sup> am 15.08.2008 in Bremen

Tauch (2002) stellt zu allgemeinen Zielen der pflegerischen Weiterbildung dar, dass sie die Verbesserung der beruflichen Leistung im Interesse der Patienten sowie die Festigung des pflegerischen Selbstbewusstseins sind. (vgl. Tauch, Jörg, 2002)

Die Arbeitsbedingungen in der Pflege wandeln sich in immer kürzeren Abständen und die Halbwertszeit des pflegerischen Wissens nimmt ab. Die Aufgabe von Weiterbildung ist es, Hilfestellung und Anleitung zu geben, um bei diesen Entwicklungen mitzuhalten. (vgl. Tauch, Jörg, 2002)

Ein ebenso zukunftssträchtiges wie bildungsbenachteiligtes Berufsfeld ist Gegenstand einer erwachsenenpädagogischen Forschungsarbeit, die von Kaiser (2005) vorgelegt wurde. Das Berufsfeld „Pflege“ (es umfasst hier die Alten- und Krankenpflege) ist angesichts der demografischen Entwicklung vor große Herausforderungen gestellt – sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht.

Das bisher dafür qualifizierende Berufsbildungssystem – im tertiären Bildungsbereich ist die Pflege erst seit einer Dekade repräsentiert – stellt einen Sonderweg dar. Es untersteht nicht dem Berufsbildungsgesetz und gehört damit nicht dem öffentlichen Bildungssektor an. Im Fachdiskurs Pflege wird seit den 90er Jahren eine intensive Diskussion um die Berufsbildung geführt, weil der Zusammenhang zwischen der Verbesserung des Bildungsniveaus und der Professionalisierung sowie Qualitätssicherung evident erscheint.

Dieser pflegeinterne Bildungsdiskurs, lässt, nach Kaiser (2005), kaum Schnittstellen zur Bezugsdisziplin Erziehungswissenschaft zu.

Die nachfolgend vorgestellte Dissertation von Schlüter (1992) schließt hier eine eklatante Forschungslücke, indem sie den Zusammenhang zwischen Bildung – hier im speziellen die Fort- und Weiterbildung – und der Professionalisierung der Pflege empirisch nachweist und zugleich das Berufsfeld Pflege im Kontext der Erwachsenenpädagogik beleuchtet.

Als wissenschaftliche Qualifikationsarbeit folgt die Untersuchung einem differenzierten Aufbau, der sich aus der Forschungs-Methodologie herleitet. Einleitend werden Ziele und Fragestellungen vorgestellt, Begriffsdefinitionen vorgenommen, der aktuelle Forschungsstand zum Thema skizziert sowie der Hergang der Arbeit erläutert.

Der erste Hauptteil (Kapitel II) stellt das theoretische Rahmenkonzept für die nachfolgende empirische Untersuchung dar. Der Professionalisierungsrad der Pflege

wird ermittelt und somit die Weiterbildung auf ihren allgemeinen Beitrag zur Professionalisierung befragt.

Der Professionalisierungsgrad der Pflege lässt sich über den Zusammenhang von Professionalisierung und Weiterbildung darstellen. Die Autorin stellt zunächst die soziologischen Professionsmerkmale vor und legt diese als Kriterien an.

Schlüter deckt für die Pflege eine Zentralwertbezogenheit auf. Diese stellt sich dar, indem die Pflege gemeinsam mit anderen Berufsgruppen den Wert „Gesundheit“ realisiert.

Aus erziehungswissenschaftlicher Perspektive ist das Merkmal der „universellen Wissensbasis“ von besonderem Interesse: Da die Pflegewissenschaft hierzulande noch einen erheblichen Nachholbedarf habe, könne von einem eigenständigen Theoriebestand, der das Proprium der Pflege darstellt, noch nicht ausgegangen werden.

Diesem Befund folgt jedoch die kritische Analyse der Professionskriterien soziologischer Provenienz selbst, um diese dann durch einen Kontinuumsansatz, Überlegungen zum Verhältnis von Professionalisierung und Professionalität sowie strukturtheoretische Perspektiven zu erweitern und zu ergänzen. Aus dieser Analyse wird deutlich, welchen Stellenwert Wissen – und somit auch Bildungsaktivitäten – als Basis von qualitativ hochwertigem Pflegehandeln für Professionalisierung und Professionalität haben.

Remmers (2011) stellt die Kompliziertheit des Pflegehandelns wie folgt dar:

Als komplizierender Faktor kommt hinzu, dass das gesamte Praxisfeld der Pflege durch eine Mehrschichtigkeit von Aufgaben und eine entsprechende Mehrdimensionalität von Handlungsorientierungen mit jeweils unterschiedlichen epistemischen Korrelaten gekennzeichnet ist: So wird der Klienten- bzw. Patientenbezug durch unterschiedliche (subjektive und objektive) Leidenskategorien und evaluative Perspektiven strukturiert, weshalb hier auch den Ansprüchen praktischer Ethik als Entscheidungsmedium Rechnung zu tragen ist; so wird der Wissenschaftsbezug angesichts wachsender interprofessioneller Aufgabenzuschnitte durch unterschiedliche therapeutische Programme strukturiert; und so werden schließlich organisationale Fragen im Ordnungszusammenhang formalen Rechts beziehungsweise informeller Strukturen gelöst. (Remmers, Hartmut, 2011, S. 18)

Dies ist Ausgangspunkt der weiteren Überlegungen, welchen Beitrag die Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflege (Teil B, Kapitel II) leisten kann. Die theoretische Verortung der Weiterbildung erfolgt dabei über die Erwachsenen- (und nicht Berufs-) pädagogik. Im Professionalisierungskontext werden vier grundlegende Aufgaben erfüllt:

- kompensatorische Aufgaben
- spezifischen Weiterqualifikation

- Kompetenzentwicklung
- berufsbiographische Reflexion

Vor dem Hintergrund stetig steigender Qualifikationsanforderungen, denen durch veränderte Ausbildungsverordnungen Rechnung getragen wird, gibt es einen deutlichen Weiterbildungsbedarf bei ausgebildeten Pflegekräften. Hier gilt wie für alle anderen Berufe, dass die Erstausbildung lediglich eine Basis-Qualifizierung schaffen kann, die im Rahmen des lebenslangen Lernens ergänzt, erweitert und modifiziert wird (kompensatorische Funktion). Kompetenzentwicklung ist im Hinblick auf Schlüsselqualifikationen, insbesondere für selbstgesteuertes Lernen, erforderlich. Spezifische Weiterbildung ist als sogenannte „Fach-Weiterbildung“ für bestimmte Funktions- und Aufgabenbereiche bereits etabliert. Sie wird jedoch zunehmend durch die weitere Ausdifferenzierung des Tätigkeitsfeldes an Bedeutung gewinnen.

Zuletzt stellt sich berufsbiographisch die Aufgabe, die individuelle berufliche Laufbahn und Bildungsbiographie den gesellschaftlichen Entwicklungen und Anforderungen anzupassen. Diese allgemein in der Erwachsenenpädagogik diskutierten Weiterbildungsfunktionen gelten ganz besonders für die Pflege in ihrer herausragenden gesellschaftlichen Bedeutung und als Element eines Gesundheitswesens und sozialen Sicherungssystems, das von erheblichen Umwälzungen betroffen ist.

Im neuen Krankenpflegegesetz werden in §3 Abs.1 und 2 die Ziele der Krankenpflegeausbildung genannt. Aus diesen Anforderungen lassen sich Ziele für die Weiterbildung ableiten. Das bereits examinierte Pflegepersonal muss sich der Entwicklung anpassen, um die Erreichung der für die Ausbildung geforderten Ziele zu gewährleisten und auch seiner Pflicht, das eigene Wissen zu aktualisieren, gerecht zu werden.

Schwerpunkte hierbei sind bei Mahler (2004) Schlüter (1992) in ihren empirischen Untersuchungen: „Über die Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen besteht Einigkeit. Allerdings fällt es schwer damit umzugehen, dass das Interesse geweckt und Motivationsarbeit geleistet werden muss und eine kontinuierliche Fortbildung, an der jeder regelmäßig teilnimmt, nicht aus der Eigeninitiative des Pflegepersonals organisiert werden kann.“ (Schlüter, Gabriele, 1992, S.151) Schlüters Untersuchungen ergaben auch, dass im Pflegebereich die Weiterbildungskultur gering ausgeprägt ist.

Perspektivisch muss ein auf der Grundlage von prognostizierten epidemiologischen, beruflichen, familiären aber auch individuellen Präferenzen, pflegerisches Versorgungssystem geschaffen werden. Bedeutsam und dringend nötig sind folgende Veränderungen im Betreuungsfeld Pflege:

- allgemeine Veränderungen
- berufsspezifische Veränderungen
- Berufsprofile weiterentwickeln

Diese Veränderungen erfordern auch Veränderungen in der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften. Es bleibt zu untersuchen, ob sich so das bestehende Verhältnis entspannen kann.

### **3.1 Erwachsene und Lernen**

Zentrale Fragen im Zusammenhang mit lernenden Erwachsenen bewegten mich bei den Vorbereitungen der vorliegenden Dissertation beziehungsweise der Entwicklung des Kurriculums. Kann ein der Schule entwachsener Mensch sicherstellen, dass seine Lernbemühungen einigermaßen erfolgreich sind und welche Vorgehensweise ist empfehlenswert, wenn sich die Aneignung weiteren Wissens oder Könnens als notwendig herausgestellt hat?

Schmidt (2009) hält in seinen Ausführungen zur Lernfähigkeit Älterer daran fest, dass es keinen wissenschaftlich überprüften Zusammenhang von kognitiver Leistungsfähigkeit, Lernfähigkeit und biologischem Alter gibt. (vgl. Schmidt, Bernhardt, 2009, S.47) Bedeutsam für die Gestaltung von Lernprozessen in der Weiterbildung von Pflegekräften, sind die Ausführungen Schmidts in Bezug auf Baltes (1993), zur Informationsaufnahme und zu Lernproblemen Älterer.

Ältere können zwar neue Informationen nicht mehr in der gleichen Geschwindigkeit aufnehmen, verarbeiten und memorieren, wie Jüngere, zeigen aber im Hinblick auf problemlösendes Denken oder die Nutzung vorhandenen Wissens ähnliche Leistungen (vgl. Lindenberger 2000). Lernprobleme tauchen bei Älteren v.a. dann auf, wenn die neuen Lerninhalte nicht in bereits bestehende Wissensstrukturen integriert werden können oder sogar im Widerspruch zum Vorwissen der Lernenden stehen. Im umgekehrten Fall zeigen Ältere ein erhebliches Lernpotential. (Schmidt, Bernhardt, 2009, S.48)

Für die Gesundheits- und Krankenpflege lässt sich schlussfolgernd feststellen, dass die Erkenntnisse Schmidts zukünftig unbedingt bei der Gestaltung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen berücksichtigt werden sollten.

Gieseke (2009) stellt dar, dass es bisher nicht bekannt ist, warum Individuen zum Beispiel Bildungsentscheidungen treffen. Interessant ist folgende Skizzierung von problematischen Rahmenbedingungen der „Lernprozesse im Erwachsenenalter“:

Für die Fortsetzung der Lernprozesse im Erwachsenenalter stellt sich vor dem aktuellen Forschungshintergrund von Sennett (2005) die besondere Problemlage darin, dass in Zukunft der total flexible, gefügte, selbstgesteuerte Mensch erwartet wird, der von keinen sicheren Bindungen und Beziehungen im Arbeitsleben ausgehen kann. (Gieseke, Wiltrud, 2009, S. 133-134)

Gieseke fordert in Zukunft in der Erwachsenenbildung soziale Beziehungen in Bildungskontexten zu schaffen, um Entwicklungspotential zu unterstützen. (vgl. Gieseke, Wiltrud, 2009, S. 134)

Vielleicht kann dieses Vorhaben über den Einsatz beziehungsweise die Auswahl bestimmter Lehr- und Lernmethoden angebahnt werden?

Am Beispiel „Lernender in der Gesundheits- und Krankenpflege“, lässt sich vermuten, dass Bindungen und Beziehungen in den Lerngruppen, nämlich in Gruppen von Gleichgesinnten,<sup>76</sup> auf jeden Fall in Verbindung zu Bildungskontexten stehen. Bezugnehmend auf Schmidt kann dieser Verdacht bekräftigt werden. Schmidt (2009) ist der Auffassung, dass bei Älteren Lernenden die Einbettung von Lernprozessen in den sozialen Kontext sinnvoll ist:

Aufgrund der Bedeutung der sozialen Kontakte für Lernfähigkeit und -bereitschaft Älterer (vgl. Tietgens 1992a; Jennings & Darwin 2003) scheint überdies eine Einbettung von Lernprozessen in einen sozialen Kontext sinnvoll, wobei eine innere Differenzierung von Lerngruppen aufgrund unterschiedlichen Vorwissens und heterogenen Lernerfahrungen nicht nur naheliegend sondern essentiell sein dürfte. Dabei ist auch einer höheren Störanfälligkeit im Lernprozess, möglichen Lernängsten sowie Problemen mit Zeitdruck Rechnung zu tragen – Phänomene, die gerade bei älteren Lernenden häufiger zu beobachten sind (vgl. Röhr-Sendlmeier 1990, S. 105). (Schmidt, Bernhardt, 2009, S.55)

Somit wäre die Anbahnung sozialer Beziehungen auch über den Fachaustausch in der Gruppe gewährleistet. Möglich wäre, dass somit eine Grundlage für zum Beispiel von Gieseke geforderte beziehungsstiftende Auseinandersetzungen über Inhalte vorhanden ist.

Was Lernen im Erwachsenenalter ausmacht und was es zu beachten gilt, haben Faulstich und Tymister (2002) herausgearbeitet:

– Man könne die menschliche Natur nicht verändern.

---

<sup>76</sup> zum Beispiel Die Auszubildenden der Gesundheits- und Krankenpflege lernen drei Jahre in einem Kurs.  
zum Beispiel Die Weiterbildungsteilnehmer „Staatlich anerkannte Pflegefachkräfte für Onkologie“ lernen in Berlin 900 Unterrichtsstunden in zwei Jahren in einem Kurs.

- Man könne Wissen eintrichtern.
- Lernen sei Sache des Verstandes – also Kopf-Arbeit.

(Faulstich, Peter; Tymister, Hans Josef, 2002, S.1-2)

Faulstich und Tymister fassen zusammen:

Bei genauerem Hinsehen, Nachdenken und Überprüfen lösen sich alle diese Vorurteile auf. Lernfähigkeit von Erwachsenen ist besonders an Bedeutsamkeit geknüpft. Der Spruch, was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr, gilt nicht. Hans lernt eben später und anders. Die wissenschaftlich wuchtig klingende Fassung als „Adoleszenz-Maximum-Hypothese“, dass man nämlich als Heranwachsender am Besten lerne, ist auch schon für das Lernen sinnloser Silben empirisch nicht haltbar. Drei Aussagen lassen sich dagegen empirisch stützen:

Es gibt keinen physisch festgelegten Abbauprozess mit zunehmendem Alter! Zwischen verschiedenen Personen bestehen große Unterschiede!

Lernfähigkeit von Erwachsenen ist veränderbar und selbst lernbar! (Faulstich, Peter; Tymister, Hans Josef, 2002, S. 1-2)

Die drei Vorurteile:

- Lernen ist entweder Spaß oder aber Zwang
- Das durchschnittliche „geistige Alter“ bleibt bei zwölf Lebensjahren stehen
- Lernfähigkeit ist Sache der Intelligenz

lösen sich bei genauerem Hinsehen, Nachdenken und Überprüfen auf. Lernfähigkeit von Erwachsenen ist besonders an Bedeutsamkeit geknüpft. Der Spruch, was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr, gilt nicht. Hans lernt eben später und anders.

Faulstich und Tymister argumentieren weiter, dass die „Adoleszenz-Maximum-Hypothese“, dass man als Heranwachsender am besten lerne, auch schon für das Lernen sinnloser Silben empirisch nicht haltbar ist.

Drei Aussagen lassen sich dagegen empirisch stützen:

- Es gibt keinen physisch festgelegten Abbauprozess mit zunehmendem Alter.
- Zwischen verschiedenen Personen bestehen große Unterschiede.
- Lernfähigkeit von Erwachsenen ist veränderbar und selbst lernbar.

Das heißt nicht, dass bei Erwachsenen keine besonderen Lernwiderstände auftreten können. Zum einen gibt es eine Lernmüdigkeit, die auf die Verarbeitung der schulischen Vergangenheit zurückzuführen ist. Ein Grund könnte sein, dass eine Blockade zu Fragen besteht. Zum anderen entstehen Lernschwierigkeiten, wenn die Sinnhaftigkeit von Lernbemühungen und -anstrengungen nicht nachvollziehbar sind. Erwachsene sind nicht zu erziehen und fragen mehr noch als Kinder nach der



Verwendbarkeit von Lerninhalten. (vgl. Faulstich, Peter; Tymister, Hans Josef, 2002, S.2 )

Die Erkenntnisse Faulstichs und Tymisters sind für die Gestaltung von Bildungsprozessen in Aus-, Fort-, und Weiterbildung von Krankenpflegekräften unbedingt zu berücksichtigen. Interessant ist, dass beide mit Hilfe des Psychologen Weinert, acht empirisch belegbare Instruktionsprinzipien für erfolgreiches Lernen aufführen. Sie weisen jedoch darauf hin, dass all diese Prinzipien noch wissenschaftlich belegt werden müssten:

1. Prinzip: Bei der Festlegung von Instruktionsstrategien sind individuelle Differenzen zu berücksichtigen. Probleme: Was bedeutet eigentlich Passung zwischen individuellen Lernvoraussetzungen und Lernanforderungen? Welche individuellen Merkmalsunterschiede müssen dabei berücksichtigt werden?
2. Prinzip: Für Lernen ist Motivation notwendig. Probleme: Welche unterschiedlichen motivationalen Tendenzen begünstigen Lernen? Welche Instruktionsmaßnahmen können selbst Lernprozesse motivieren?
3. Prinzip: Für komplexe Leistungen müssen inhaltspezifische Wissenssysteme aufgebaut werden. Probleme: Wie wird relevantes Wissen von Lernenden angeeignet und gespeichert? Wieviel Wissen sollte erworben werden, um Lernaufgaben bestimmter Schwierigkeitsgrade bearbeiten zu können? Wie wird fehlendes Wissen kompensiert?
4. Prinzip: Neben dem Aufbau von Wissen sollte Lernen beitragen, das Lernen selbst zu erlernen. Probleme: Produziert Lernen als Nebeneffekt metakognitives Wissen oder bedarf es spezieller Instruktionsstrategien? Wie verhält sich der Erwerb inhaltlichen Wissens zur Förderung formaler Kompetenzen? Inwieweit ist Lernen lerninhaltsunabhängig oder jeweils inhaltsbezogen zu verstehen?
5. Prinzip: Das instrumentelle Lernen sollte im Hinblick auf den späteren Nutzen des Gelernten organisiert werden. Probleme: Haben sachstrukturell aufgebaute Wissenssysteme variable Einsatzchancen? Liefern die vermuteten Anwendungssituationen Ordnungsprinzipien für das zu lernende Wissen?
6. Prinzip: Lernen sollte grundsätzlich ein möglichst tiefes Verstehen einschließen, auch wenn Routinen, automatisierte Fertigkeiten oder reproduzierbare Kenntnisse erworben werden sollen. Probleme: Wie verhält sich diese Anforderung zur Effektivität des Lernaufwands? Was heißt in diesem Zusammenhang „Verstehen“?
7. Prinzip: Rückmeldungen sind notwendige Komponenten der Steuerung von Lernprozessen. Sie müssen informativ und motivierend sein. Probleme: Sollen Informations- und Motivationsfunktion von Rückmeldungen getrennt werden? Wie werden individuelle Verarbeitungsweisen berücksichtigt?
8. Prinzip: Durch Übung und Anwendung sollen langfristige Speicherung, automatisierte Verfügbarkeit und variable Nutzbarkeit in Anwendungssituationen unterstützt werden. Probleme: Wie ist das Verhältnis von Instruktionsprozessen und Wissensverwendung? Wie kann man vorhersagen, ob und wie das zu erwerbende Wissen genutzt werden wird? (Faulstich, Peter; Tymister, Hans Josef, 2002, S.3-4)

Am Ende können in vier Prinzipien Parallelen zu den Bildungsprozessen in der Krankenpflegeausbildung benannt werden. Aufgrund persönlicher Erfahrungen in der Erwachsenenbildung, hat das erste Prinzip einen hohen Stellenwert. Nach Passung individueller Lernvoraussetzungen und Lernanforderungen von Bildungsteilnehmern

zu streben ist wichtig. Erst dieser Umstand kann einen individuellen Lehr- und Lernprozess ermöglichen.

Prinzip 2 spricht die Lernmotivation an. Auch hier sollten im Sinne der Gestaltung eines individuellen Lehr- und Lernprozesses motivationale Tendenzen ergründet und beeinflusst werden. Gerade bei der Frage nach der Motivation, den Pflegeberuf zu erlernen oder eine Weiterbildung zu absolvieren existiert ein weites Spektrum an Antwortmöglichkeiten. An dieser Stelle muss auch die Frage des Bildungszuganges miteinbezogen werden.

Das Prinzip 5 spricht die Organisation von Lernprozessen auf den späteren Nutzen des Gelernten an. Kurricula der Krankenpflegeausbildung werden seit einiger Zeit<sup>77</sup> handlungsorientiert gestaltet. Schneider (2005) führt hierzu aus: „Handlungsorientierung im Unterricht ist in der Berufsfelddidaktik, als ein möglicher Weg zu sehen, der Lösungsmöglichkeiten für vielfältige Probleme innerhalb der Unterrichtsgestaltung bietet.“ (Schneider, Kordula, 2005, S.116)

Fichtmüller und Walter (2007) stellen fest, dass sich in der beruflichen Bildung der Krankenpflegeausbildung, die Handlungsorientierung im Rahmen des Lernfeldkonzeptes<sup>78</sup> wiederfindet. Phasen der Gestaltung von Unterrichtseinheiten bilden das didaktische Konzept der Handlungsorientierung:

Zunächst werden Handlungsergebnisse vereinbart. Sie leiten die weitere Organisation des Lehr- und Lern-Prozesses. Dann arbeiten die Lernenden an einem konkreten Problem, zu dem sie selbst Lösungen erarbeiten. Dabei wird an ihre Interessen, an ihr Vorwissen und ihre Alltagserfahrungen angeknüpft. In der Auswertungsphase wird über Reflexions- und Systematisierungsprozesse das fachliche und fachübergreifende Wissen erarbeitet. Kenntnisse, Fertigkeiten und Einstellungen werden aufgebaut. In der abschließenden Vertiefungsphase wird das erarbeitete Wissen geübt, wiederholt und angewendet. (Fichtmüller, Franziska; Walter, Anja, 2007, S. 157)

Im Prinzip 6 wird ein möglichst tiefes Verstehen gefordert. Auch diese Ansicht teile ich. Die Unterrichtsmethode „selbstgesteuertes Lernen“ wäre eine Möglichkeit, tieferes Verstehen anzubahnen, weil die Bildungsteilnehmer den Prozess der Problementwicklung und Problemlösung individuell gestalten. Diese Lernprozesse können nicht standardisiert werden, weil jeder Mensch aufgrund eigener Erfahrungen und Interessen, Methodenkenntnissen und Vorwissen hier einzigartig auf das Neue zugeht und mit ihm umgeht. Die selbstständige Informationsbeschaffung ist lediglich nützliches Methodenwissen und sollte deswegen nicht so in den Vordergrund gerückt

---

<sup>77</sup> Prozess begann mit Novelisierung des Krankenpflegegesetzes ab 1.1.2004

<sup>78</sup> Grundlage dafür ist die Vereinbarung der KMK (2000)

werden. Diese Reflexion des eigenen Lernprozesses ist ein weiterer Eckpfeiler des selbstgesteuerten Lernens und gelingt nur über den Aspekt des tieferen Verstehens. Sieger sagt (2005) über notwendige Umbrüche in der Krankenpflegeausbildung: „Aufgrund der gravierenden Veränderungen im Gesundheits- und Sozialsystem stehen die Pflegeberufe unter einem enormen Modernisierungsdruck. Die pädagogisch tätigen in den Schulen und Ausbildungsstätten sind gefordert, zukunftsweisende, curriculare Veränderungen vorzunehmen.“ (Sieger, Margot in Schneider Kordular et al., 2005, S. 1)

### **3.2. Die Thematik „Schmerz“ in Aus-, Fort-und Weiterbildung**

Angesichts der herrschenden Umbruchsituation im Gesundheitswesen wandeln sich die Arbeitsbedingungen in kurzen Abständen. Die kontinuierliche Aktualisierung des pflegerischen Wissens ist notwendig, um den veränderten Anforderungen gerecht zu werden. Experten des Arbeitskreises *Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe in der Schmerzmedizin Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.* (vorm. DGSS) geben im Vorwort des Schmerztherapeutischen Kurriculums<sup>79</sup> Einblick in folgende defizitäre Situation des schmerztherapeutischen Bereiches:

Trotz einer Fülle neuer Erkenntnisse und Therapieverfahren in diesem Bereich werden nach wie vor erhebliche Defizite bei allen um den Patienten bemühten Personen z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Altenpfleger/-innen, Arzthelferinnen, Physiotherapeuten offenbar. Das Pflegepersonal hat in der Regel den engsten Kontakt zum Patienten, und wird bereits von Beginn des Berufslebens an mit schmerzleidenden Patienten konfrontiert, die nicht oder unzureichend behandelt werden. Die in dieser Situation erlebte Hilflosigkeit resultiert aus mangelnden theoretischen Kenntnissen und nicht vorhandenen Fertigkeiten. Dies führt zwangsläufig zum Rückzug, und der Schmerzpatient bleibt somit allein gelassen und unzureichend schmerztherapeutisch versorgt. Um diesem Mangel auf Dauer zu begegnen, ist es dringend erforderlich, die schmerztherapeutischen Grundlagen bereits in der Ausbildung zu vermitteln. (Thomm, Monika et al., 1998, S. 3)

Zur Vermittlung des Unterrichtsthemas „Schmerz“ fand sich folgende interessante Untersuchung.

Der Arbeitskreis führte bereits 1994 eine Bedarfsermittlung zum Stellenwert der Thematik „Schmerz“ in der Pflegeausbildung durch. Die Befragung erfolgte an 400 Krankenpflegeschulen in der Bundesrepublik Deutschland (Rücklaufquote betrug 21 Prozent, 84 Schulen). Im Durchschnitt wurden neun Unterrichtsstunden zum Thema Schmerz vermittelt. Es stand kein einheitliches Kurriculum zur Verfügung und

---

<sup>79</sup> 4., überarbeitete und erweiterte Auflage April 2012

so benutzten die Krankenpflegeschulen zum Teil selbst entwickelte, auf eigenen Erfahrungen basierende, Konzepte zur Vermittlung der Lehrinhalte.

Weiterhin wurde die Stundenanzahl als unzureichend erachtet. Als Konsequenz hat der Arbeitskreis ein Curriculum erarbeitet, um das Thema Schmerz einheitlich mit mindestens 22 Unterrichtseinheiten in die Ausbildung zu integrieren.

Zur Evaluierung des „Schmerztherapeutischen Basiscurriculums“ schickte der Arbeitskreis im Jahr 1994, Fragebögen an 930 Krankenpflegeschulen. Das Ergebnis wird von Thomm (1998) wie folgt zusammengefasst:

Von den 930 Fragebögen wurden 198 Fragebögen ausgefüllt und zurückgeschickt. 124 Schulen war das SB bekannt, 92 davon nutzen es in der Ausbildung. Hauptsächlich wird das Thema Schmerz als Unterrichtsgegenstand im Mittelkurs der Erwachsenen-krankenpflege (69 %) gelehrt. In den Fächern Krankenpflege (95 %) gefolgt von Pharmakologie (77 %) und spezielle Krankheitslehre (59 %) ist Schmerz mit dem Themenschwerpunkt Onkologie, Traumatologie und nicht tumorbedingten Schmerzsymptomen integriert. Die am häufigsten vermittelten Lehrinhalte beziehen sich auf die Klassifikation der unterschiedlichen Schmerzarten (94 %) und die medikamentöse Schmerztherapie (87 %). Die geforderten 22 Unterrichtseinheiten werden von der Mehrzahl (66 %) der Befragten als ausreichend erachtet, sind jedoch leider mit dem im Lehrplan vorgesehenen wenigen Unterrichtseinheiten nicht umsetzbar. Sowohl die inhaltliche Verständlichkeit als auch die vorgegebenen Themen des SB werden als positiv oder ausreichend bewertet. Mehrfach wurde vorgeschlagen, alternative Verfahren wie z.B. die naturheilkundliche Schmerz-therapie aufzugreifen. 36 % der befragten Schulen nutzen als Unterrichtsgegenstand andere Curricula, 29 % das Oelke Curriculum und 22 % setzen selbsterarbeitete Curricula ein, die auf eigenen Erfahrungen und Erkenntnissen basieren. (Thomm, Monika et al., 1998, S. 3)

Mit Hilfe von Schlüsselqualifikationen und Basiskompetenzen soll ein eigenverantwortliches, lebenslanges und angewandtes Lernen ermöglicht werden.

Die Fort- und Weiterbildung nimmt hierbei eine zentrale Rolle ein. Trotz eines umfassenden Angebots und trotz ausreichender Informationen zu Fortbildungsangeboten, werden diese augenscheinlich nicht in dem Maße genutzt, wie es die heutigen Anforderungen erwarten lassen.

Neben dem Ziel „Erwerb von Fachkenntnissen“, werden in der beruflichen Weiterbildung die Ziele „Erwerb sozialer und individueller Kompetenzen“ (Schlüsselqualifikationen) immer wichtiger. (vgl. Erpenbeck, John; 2007)

Siebert (1996) stellt zu den Zielen der Erwachsenenbildung fest, dass es ist immer wieder neu zu klären sei, welche Ziele Erwachsenenbildung vorrangig anstrebt (zum Beispiel Förderung der Lernfähigkeit?). Dazu wäre dann eine Verständigung über Schlüsselbegriffe wie: Qualifikation, Kompetenz, Bildung nötig. (Siebert, Horst, 1996)

### **3.2.1 Kurriculare Verankerung der Thematik in der Ausbildung**

Der in der Gesundheits- und Krankenpflege gestiegene Wert und Ruf nach Professionalität, Interdisziplinarität, Qualitätssicherung und Schlüsselqualifikationen, wird, wie bereits erwähnt, konstant lauter. Schewior-Popp (1998) vertritt die Auffassung, dass dies aktuell bedeutet, dass eine Entwicklung des Berufsfeldes Pflege zu einem eigenständigen Kompetenz- und Verantwortungsbereich stattfindet. Dies geschieht nicht ohne Beachtung der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung und veränderter Anforderungen an die Gestaltung beruflicher Bildung. Veränderungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen erfordern berufsübergreifende Kompetenzen, wie Problemlösungsstrategien, die Fähigkeit und Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme für das eigene berufliche Tun sowie die Möglichkeit, in beruflichen Situationen aktiv handelnd und kompetent einzugreifen. Sicher wird so professionelles Handeln ermöglicht.

Professionelles Handeln ist theoriegeleitetes Handeln und setzt spezielle Qualifikationen voraus, die sich vom Anforderungsprofil eines Berufes ableiten. Bei der Beschreibung dieser Anforderungsprofile, sollte es sich um die präzise Beschreibung von Fähigkeiten, Fertigkeiten, Einstellungen und Haltungen handeln, welche zur qualifizierten, verantwortungsvollen Berufsausübung notwendig sind. Diese Qualifikationen lassen sich bestimmten Kompetenzbereichen zuordnen. Fach-, Methoden-, Sozial- und Persönlichkeitskompetenz sind diese zu fördernden Bereiche. (vgl. Schewior-Popp, Susanne, 1998)

Die Entwicklung von Handlungskompetenz gelingt durch den Einfluss beruflicher Anforderungen auf die Gestaltung beruflicher Lernprozesse. Dieser Prozess ist notwendig. Die völlig überarbeitete Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10.11.2003 entspricht dieser Forderung:

Sowohl der theoretische als auch der praktische Unterricht wurden im Vergleich zur alten Fassung neu gestaltet, um derzeitigen und zukünftigen Anforderungen an den Beruf gerecht zu werden. In Abschnitt 1, §1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10. November 2003, wird sehr schnell deutlich, welche Anforderungen an den theoretischen Unterricht gestellt werden. Den Schülerinnen und Schülern soll ausreichend Möglichkeit gegeben werden, die erforderlichen praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln und einzuüben.

Folgende Aussagen über die Gestaltung von Lernsituationen tragen zum Erreichen bestimmter Handlungskompetenzen bei:

"Lernsituationen müssen geschaffen werden, in denen fachliches und überfachliches Lernen, Praxisnähe und Einbeziehung des gesellschaftlichen Umfeldes, individuelle und soziale Erfahrungen miteinander verknüpft werden." (Robert Bosch Stiftung, 2001, S. 35)

Diese Aussagen stützen meine Bereitschaft kurrikulär inhaltliche Veränderungen der Thematik, "schmerzbelastete PatientInnen pflegen" durchzusetzen und nach unterrichtlicher Vermittlung hinsichtlich definierter, erwarteter Wirkungen zu evaluieren.

In den folgenden Erklärungen wird auf zwei curriculare Leistungen zur Berücksichtigung des Unterrichtsthemas: „Schmerzpatienten in der Pflege“ näher eingegangen. Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt, hat der Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenz der Schmerztherapie<sup>80</sup>, 1999 ein schmerztherapeutisches Basiskurriculum für die Krankenpflege herausgegeben.

Hauptgründe für die Erarbeitung dieses Kurriculums sind folgende:

- Neue Erkenntnisse über Pflegeinterventionen in Verbindung mit Schmerzpatienten.
- Bestehen von erheblichen Wissensdefiziten bei allen um den Patienten bemühten Personen zum Beispiel Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen.
- Die Arbeitsgruppe fand über ihre Bedarfsermittlung an den Krankenpflegeschulen heraus, dass immer etwa nur neun Unterrichtsstunden zum Thema „Schmerz“ geplant waren. Die Grundstruktur dieses Basiskurriculums wird in der folgenden Tabelle dargestellt (vgl. Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe der Schmerztherapie 1999, S. 4).

In folgender Tabelle werden Hauptziele, didaktischer Aufbau und Inhalte des Kurriculums des Arbeitskreises Krankenpflege und medizinische Assistenz der Schmerztherapie vorgestellt.

---

<sup>80</sup> ansässig bei der *Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V.*



	<p>als dessen persönliche Erfahrung vorbehaltlos akzeptieren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einsicht, dass Schmerzsymptome im ganzheitlichen Kontext gesehen werden müssen.“</li> </ul> <p>(Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe der Schmerztherapie 2006, 2. Auflage S. 19)</p>
Schmerzmessung, Schmerzerfassung	<p>„Einsicht, dass die Schmerzmessung eine Methode darstellt, das subjektive Schmerzempfinden des Patienten zu objektivieren; dabei ist zu beachten, dass die Art, wie Schmerzen ausgedrückt werden, durch Probleme und Belastungen des Patienten beeinflusst sein kann, z.B. Angst, Schuldgefühle, Depression und/oder soziale Notlagen.“</p> <p>(Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe der Schmerztherapie 2006, 2. Auflage S. 22)</p>
Psychologische Aspekte des Schmerzes	<p>„Bereitschaft, krankheitsbedingte und vom Patienten selbst gesetzte Grenzen zu akzeptieren</p> <p>Erkenntnis, dass Schmerz eine subjektive Erfahrung ist.“</p> <p>(Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe der Schmerztherapie 2006, 2. Auflage S. 37)</p>

Tabelle 7: Exemplarische Darstellung in Teile der Grundstruktur des Basiskurriculum und Darstellung der Aussagen zu Einstellungen und Haltungen, erarbeitet durch den Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe der Schmerztherapie 2. Auflage, 2006

Anzuerkennen, sind die Empfehlungen zur Unterrichtsgestaltung, insbesondere methodischer Art, welche sich auf Erfahrungen der Mitglieder dieses Arbeitskreises



stützen. Aus pflegepädagogischer Sicht wäre hier die Evaluation des Methodeneinsatzes ratsam. Letztlich bleibt dieses Basiskurriculum eine wertvolle Hilfestellung und kann von Krankenpflegeschulen berücksichtigt werden.

Der vorläufige Rahmenplan des *Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie* berücksichtigt zum Unterrichtsthema: „Schmerzpatienten in der Pflege“ 28 Unterrichtsstunden. Ein Rahmenlehrplan enthält, laut Handreichung der KMK,<sup>81</sup> folgende verbindliche Teile:

- Teil I: Vorbemerkungen
- Teil II: Bildungsauftrag der Berufsschule
- Teil III: Didaktische Grundsätze
- Teil IV: Berufsbezogene Vorbemerkungen
- Teil V: Übersicht über die Lernfelder

(vgl. Arbeitsgruppe Rahmenlehrplan 2003, S. 15).

Er setzt sich aus vier Wissensgrundlagen mit zwölf Themenbereichen und 39 Zielen zusammen. Im Folgenden werden die Wissensgrundlagen in der Tabelle dargestellt (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie 2005, S. 26-27).

<b>Wissensgrundlagen</b>	<b>Inhalte</b>
<b>Wissensgrundlage 1</b>	Situation von Schmerzpatienten aller Altersgruppen Schmerzdiagnostik Beratung und Anleitung des Schmerzpatienten und seiner Angehörigen
<b>Wissensgrundlage 2</b>	Schmerzphysiologie Medikamentöse Therapie Regionalanästhesie
<b>Wissensgrundlage 3</b>	<u>Schmerzen im Zusammenhang mit:</u> Kulturell-gesellschaftlichen Faktoren Alters- und geschlechtsabhängigen Faktoren Psychischen und sozialen Faktoren Ethischen Aspekten
<b>Wissensgrundlage 4</b>	Arzneimittelrecht Betäubungsmittelrecht

Tabelle 8: Durch den Rahmenlehrplan empfohlene Wissensgrundlagen und Inhalte zur Unterrichtsthematik: „Schmerzpatienten in der Pflege“ (Quelle Autor)

Im Rahmenlehrplan sind keine methodischen Festlegungen oder Methoden, die die Handlungskompetenz unmittelbar fördern, besonders bevorzugt. (vgl. ebd. 2003, S. 15). Im Vorwort der Handreichung ist folgendes vermerkt: „Neben dieser allein auf

<sup>81</sup> KMK-Kultusministerkonferenz

den Inhalt bezogenen Probleme ergeben sich weitere Anforderungen durch neue Unterrichtsmethoden, die – passend zu den neuen Inhalten – erprobt und evaluiert werden müssen.“ (Arbeitsgruppe Rahmenlehrplan 2003, S. 3)

Diese Aussage verdeutlicht wieder pflegepädagogischen Handlungsbedarf und unterstreicht das Anliegen meiner Dissertation.

Fink und Goetze (2000) stellen dar, dass Fachleute aus der beruflichen Aus- und Weiterbildung mehrfach darauf hinweisen, dass sich die Realität in der Arbeitswelt mit zunehmender Geschwindigkeit ändert. An die Berufstätigen des Berufsfeldes Pflege und Gesundheit werden stets neuartige Anforderungen gestellt. Als Folge müssen die Berufstätigen über neue Fähigkeiten verfügen. Das Fachwissen bleibt aber in hohem Maße weiterhin gefragt. Fachwissen erhält einen interdisziplinären Charakter, da Gesundheits- und Krankenpfleger/in sich darüber mit anderen Fachleuten und Laien verständigen müssen. (vgl. Fink, Brigitta; Goetze, Walter 2000, S. 3).

Deutliche Veränderungen lassen sich in Strukturen der Arbeitsplanung feststellen. Statt starrer und schematischer Planung tritt heute immer mehr ein flexibles, an die jeweilige Situation angepasstes Handeln. Das erfordert rasche Orientierung, Planung vor Ort, Absprachen et cetera. Letztlich sind es berufsübergreifende Anforderungen, die bewältigt werden müssen. Im Berufsfeld Pflege und Gesundheit ist es vermehrt erforderlich, mit komplexen Fragestellungen umzugehen und bei deren Lösung mehr als früher auf sich allein gestellt zu sein. (vgl. ebd. S. 3) Fink und Goetze (2000) halten die Bündelung folgender Kompetenzen deswegen für erforderlich:

- Sachkompetenz: Kenntnisse und Fähigkeiten im eigenen Beruf. Interdisziplinäre Kenntnisse und Fähigkeiten, welche die angrenzenden Berufe betreffen und in dem Maße vorhanden sein müssen, wie es für die Zusammenarbeit erforderlich ist.
- Methodenkompetenz: Methoden und Techniken für das Planen, Entscheiden, für die Informationsbeschaffung et cetera kennen und beherrschen.
- Selbstkompetenz: auf die eigene Person gerichtete Fähigkeiten, wie Selbstständigkeit, persönliche Lern- und Arbeitstechniken, kreative Methoden, Umgang mit Nähe und Distanz, Kennen der eigenen Grenzen et cetera.

- Sozialkompetenz: sozial gerichtete Fähigkeiten, wie geschickt verhandeln, andere Menschen verstehen, sich einfühlen, Konflikte angehen, kooperieren können et cetera( vgl. Fink, Brigitta; Goetze, Walter 2000, S. 4).

Hilbert et al. (1997) gehen davon aus, dass dieses Netzwerk von Kompetenzen als Schlüsselqualifikationen bezeichnet werden, die nicht direkt erlernbar sind. Schlüsselqualifikationen stellen komplexe Qualifikationen dar, die sich aus vielen einzelnen Fähigkeiten und Kenntnissen zusammensetzen (vgl. Hilbert, Josef; Scharfenorth, Karin 1997, S. 60).

Kompetenzen hingegen sind die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die einem situativ adäquaten Handeln zugrunde liegen und dieses erst ermöglichen. Arnold et al. (1998) schlussfolgern, dass demzufolge die berufliche Handlungskompetenz im Unterschied zu den Schlüsselqualifikationen das gesamte verfügbare Leistungsvermögen individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, die es ihr ermöglichen, entsprechend der an sie gestellten Leistungsanforderungen, in konkreten beruflichen Situationen zu handeln, umfasst. (vgl. Arnold, Rolf;Schüßler, Ingeborg 1998, S. 75)

### **3.2.2 Inhaltsanalysen von Fort-und Weiterbildungen „Schmerzmanagement“**

Es gibt viele Fort- und Weiterbildungsangebote zum Thema: „Schmerzmanagement in der Pflege“. Diese Angebote stiegen mit der Herausgabe des Nationalen Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ (siehe DNQP<sup>82</sup>, 2004).

Zwei sehr erfolgreiche,<sup>83</sup> nicht innerbetriebliche Fort- beziehungsweise Weiterbildungen sind:

1. interaktiver Fernlehrgang des cekib – Centrum für Kommunikation Information Bildung in Nürnberg : „Pain-Nurse®-Schmerzmanagement in der Pflege“
2. Weiterbildung: Algesiologische Fachassistenz zertifiziert durch die DGSS®.<sup>84</sup>

Kurriculare Ziele dieser Fort- und Weiterbildungen<sup>85</sup> stellen sich wie folgt dar:

<sup>82</sup> DNQP– *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*

<sup>83</sup> Diese Information basiert auf eigener Pflegepraxiserfahrung und auf bestehenden Kontakten zu Pflegenden

<sup>84</sup> DGSS – *Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V.* (bis 2012); danach Deutsche Schmerzgesellschaft

<sup>85</sup> Das Wissen über die curricularen Ziele der jeweiligen Weiterbildungen entstammt den Programm-Flyern.

<b>Pain-Nurse® Schmerzmanagement in der Pflege</b>	<b>Algesiologischen Fachassistenz zertifiziert durch die DGSS®</b>
Vermittlung von Fachwissen und Förderung des Problembewusstseins in Bezug auf die Betreuung von Schmerzpatienten historischer, anatomischer, physiologischer und pharmakologischer Kenntniserwerb. Erweiterung und Vertiefung dieser Kenntnisse durch verschiedene therapeutische Möglichkeiten	Hilfestellung für Lehrende zur Auswahl von Themenkomplexen zum Schmerz Erweiterung pflegerischer Kompetenzen Qualitätssicherung in der Versorgung aller akuten und chronischen Schmerzpatienten sicherstellen Befähigung der Teilnehmer, den Schmerzpatienten (Aufrechterhaltung seiner Autonomie) und seine Angehörigen zu informieren, zu schulen und zu beraten (Patientenedukation!) Patienten aus der Rolle des Patienten in die Rolle des Experten seiner eigenen Gesundheit führen

Tabelle 9: Gegenüberstellung der curricularen Ziele beider Weiterbildungen (Quelle: Autor)

Schmerz existiert in enger Verbindung mit Krankheit und Therapie. In der Klinik wird somit neben der Therapie der Krankheit, die Linderung der Schmerzen zu einer wichtigen Aufgabe. Schwestern und Pfleger sind dabei oft die ersten Ansprechpartner, wenn Patienten nach Operationen oder während der Therapie unter Schmerzen leiden und übernehmen so beim Umgang mit Schmerz eine wichtige vermittelnde Rolle zwischen Ärzten, Patienten und Angehörigen. Daher war das Ziel des jetzt abgeschlossenen Modellprojektes zur Qualitätssteigerung in der Pflege am Universitätsklinikum Jena, das Wissen der Pflegenden im ärztlichen und pflegerischen Schmerzmanagement zu erweitern und ihnen praxisnahe Richtlinien für die tägliche Arbeit zu geben. Seit Dezember 2003 wurden dabei in der Klinik für Urologie von einem Team aus Pflegepersonal, Chirurgen, Anästhesisten und Physiotherapeuten die bereits bestehenden Leitlinien an den neuen nationalen Expertenstandard angepasst und umgesetzt. Damit beteiligte sich das Uniklinikum Jena als eine von bundesweit zwanzig Einrichtungen an der modellhaften Einführung des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege“ des *Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege* (DNQP) mit Sitz in Osnabrück. Die im Jenaer Projekt gesammelten Erfahrungen fließen in die abschließende Bearbeitung des zukünftig bundesweit gültigen Expertenstandards ein, der die qualitative Verbesserung der pflegerischen Versorgung aller Patienten mit Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen unterstützt.

„Durch eine frühzeitige und umfassende Information der Patienten über die Möglichkeiten auf das eigene Schmerzempfinden Einfluss nehmen zu können und es systematisch und fortlaufend einzuschätzen, ist es gelungen, die Behandlung von Schmerzpatienten wesentlich zu unterstützen und zu verbessern,“ resümiert Projektleiterin Martina Kürbs. Pflegende setzten sich mit dem individuell ganz unterschiedlichen Schmerzempfinden der Patienten intensiv auseinander. Die Patienten fühlten sich durchgängig zufriedener und besser betreut durch den Einsatz der verschiedenen Möglichkeiten, von Medikamenten bis hin zu konventionellen Maßnahmen, wie dem Einsatz von Kälte und Wärme zur Schmerzlinderung. Die Initiative ergänzt in idealer Weise die übrigen Jenaer Aktivitäten zur Verbesserung der Schmerztherapie und ist damit ein weiterer Schritt in Richtung „Schmerzfreies Krankenhaus“.

Überlegungen zum Jenaer Projekt und zu folgenden inhaltlichen Gegenüberstellungen von Weiterbildungsmöglichkeiten: „Pain-Nurse®-Schmerzmanagement in der Pflege“ und „Algesiologischen Fachassistenz zertifiziert durch die DGSS“ ergaben einen weiteren Aspekt zur Eingrenzung und Vorbereitung dieses Forschungsvorhabens: Welche weiteren klinikspezifischen, innerbetrieblichen Fortbildungen für Pflegepersonal bestehen?

Dazu ergaben Recherchen im Oktober 2007, dass es bisher keine validen Aussagen beziehungsweise Untersuchungen über durchgeführte, innerbetriebliche Fortbildungen zur Thematik „Schmerz“ gab. Hier bestand Forschungsbedarf, deswegen ergab sich die nachfolgende Analyse.

### **3.2.2.1 Erkundende Analyse**

Zur Weiterführung beziehungsweise Eingrenzung der Forschung mussten folgende Fragen abgeklärt werden, weil deren Beantwortung den Einstieg und den Begründungsrahmen zur Entwicklung des Kurriculums „Schmerzmanagement für Bildungsteilnehmer der Gesundheits- und Krankenpflege“ liefern soll:

1. Finden in den Kliniken Fortbildungen zum pflegerischen Schmerzmanagement statt?
2. Sind deren Inhalte, auf den Aspekt „Schulung der Schmerzwahrnehmung“ ausgerichtet?

Folgende Fragen wurden an Berliner beziehungsweise Brandenburger Kliniken über Fragebögen gerichtet (Fragebogen siehe Anhang):

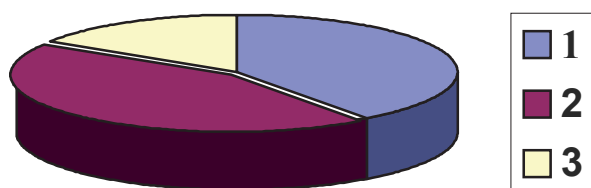
Vorstellung der Fragestellungen (für die Analyse), welche sich an die Pflegedirektionen der Kliniken richteten:

1. Berücksichtigen Sie in der innerbetrieblichen Fortbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege die Thematik Schmerz?  
Ja/Nein
2. Falls Ja:  
Welche Inhalte/Schwerpunkte werden vermittelt?
3. Falls die Schmerzwahrnehmung durch Pflegende ein Inhalt/Schwerpunkt ist:  
Welche Inhalte/Schwerpunkte werden hierzu vermittelt?

### Darstellung der Ergebnisse

zu 1.) Berücksichtigen Sie in der innerbetrieblichen Fortbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege die Thematik Schmerz?  
Ja/Nein

Antworten: siehe Abbildung 6



### Erläuterungen:

10 Fragebögen nicht zurück (1)  
14 mit ja (2)  
4 mit nein (3)

Abbildung 6: Antwortverhalten innerhalb der 27 Fragebögen (Quelle: Autor)

zu 2.) Falls Ja:  
Welche Inhalte/Schwerpunkte werden vermittelt?  
Antworten:

Im Zusammenhang mit Onkologie, Krankheit – Sterben – Tod, menschenwürdig pflegen, Traumatologie beziehungsweise bestimmte weitere Fachgebiete Patientenpfade zu bestimmten Krankheitsbildern, Diagnosen.

Pflegerisches Schmerzmanagement

Expertenstandard (II)

Schmerzkonzept

chronische Schmerzen

Entstehung des Schmerzes

Erkennen von Schmerzen und deren Intensität

Erfassung beziehungsweise Anwendung/Messung und Dokumentation des Schmerzes mit VAS (I)

Pflegestandards

standardisierte Pflegeplanung

Dokumentation von Schmerzen (I)

Aufklärung von Patienten

Verlaufsbeobachtung, Pflegebeobachtung

Schmerztherapie

Postoperative Schmerztherapie

medikamentöse Maßnahmen

zu 3.) Falls die Schmerzwahrnehmung durch Pflegende ein Inhalt/Schwerpunkt ist: Welche Inhalte/Schwerpunkte werden hierzu vermittelt?

Antworten:

Expertenstandard umsetzen

Anwendung und Durchführung der ärztlichen Verordnungen

Assessments

Organisation des Schmerzmanagements nach Standard und klinikinternen Absprachen

Schmerzalgorithmus, Handlungsalgorithmus

Aufgabe des Schmerzdienstes

Führen eines Schmerzprotokolls

Unterscheidung von Schmerztypen

Einsatz/Umgang mit dem Schmerzpflaster

Schmerz als Vitalparameter (Wahrnehmung)

Umgang mit NRS, VAS, OPS, Smiley Score, BESD® bei Dementen

Erfassung der Schmerzen durch Schmerzskala und Dokumentation in der Kurve, Schmerztagebuch

Umgang mit PCA Pumpen

WHO Stufenschema

Lagerung als unterstützende Therapie

Zusammenfassend ergeben sich aus dem Rücklauf von 14 Antworten („ja“ und Inhalte) folgende vermittelte, übergeordnete Themenbereiche: Handlungsstrategien beziehungsweise Handlungsanweisungen, Schmerzphysiologie, Schmerzmessung beziehungsweise -dokumentation und ärztliche Anordnungen umsetzen. Weitere Interpretationen der Ergebnisse lassen sich tabellarisch wie folgt darstellen:



<b>Schwerpunkte (geclusterte)</b>	<b>vermittelte Inhalte aus den 14 Fragebögen (exemplarisch)</b>	<b>Interpretationen mit Bezug zur Fragestellung (Synopsis)</b>
<b>Handlungsstrategien/ Handlungsanweisungen</b>	Expertenstandard umsetzen, Organisation des Schmerzmanagements nach Standard und klinikinternen Absprachen, Schmerzalgorithmus, Handlungsalgorithmus Aufgabe des Schmerzdienstes	kein inhaltlicher Bezug zum Thema „Schmerzwahrnehmung schulen“
<b>Schmerzphysiologie</b>	Unterscheidung von Schmerztypen, Schmerz als Vitalparameter	wenig inhaltlicher Bezug zum Thema „Schmerzwahrnehmung schulen“ (weil Vitalparameter)
<b>Schmerzmessung beziehungsweise -dokumentation</b>	Assessements anwenden, Umgang mit NRS, VAS, OPS, Smiley Score, BESD bei Dementen, Erfassung der Schmerzen durch Schmerzskala und Dokumentation in der Patientenkurve, Schmerztagebuch, Führen eines Schmerzprotokolls	Durch das Messen der Schmerzstärke und fortlaufende Dokumenten besteht inhaltlicher Bezug zum Thema „Schmerzwahrnehmung schulen“
<b>ärztliche Anordnungen umsetzen</b>	Einsatz/Umgang mit dem Schmerzpflaster Umgang mit PCA Pumpen, WHO Stufenschema umsetzen Lagerung als unterstützende Therapie	Kein inhaltlicher Bezug zum Thema „Schmerzwahrnehmung schulen“

Tabelle 10: Inhaltsanalyse beziehungsweise Synopsis (Quelle: Autor)

Die Ergebnisse zeigen, dass inhaltliche Ansätze für das Trainieren der Schmerzwahrnehmung von Pflegekräften bestehen. Absolut positiv zu werten ist die Rücklaufquote dieser Fragebogenanalyse, da sie verwertbare Ergebnisse liefert. Diese Analyse zeigt auf, dass es notwendig ist, die Handlungskompetenzen in Verbindung mit der Schmerzwahrnehmung schon in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege anzubahnen.

In der Gestaltung des Kurriculums, deren unterrichtlicher Umsetzung und der Teilevaluation des Einsatzes, soll dieses Forschungsvorhaben Verwirklichung finden.

### **3.2.3 Aktuelles vom Schmerzmanagement in der Pflege**

Nach Entwicklung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen im Jahr 2004 und seiner Aktualisierung im Jahr 2011 hat der Lenkungsausschuss des DNQP die wissenschaftliche Leitung der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen nach öffentlicher Ausschreibung mit zwei qualifizierten Bewerbern ebenfalls an Prof. Dr. Dr. h.c. J. Osterbrink, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, übergeben. (vgl. Arbeitstexte zur 8. Konsensuskonferenz in der Pflege, Thema: „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“, DNQP, 11.10.2013, S. 16)

Am 11. Oktober 2013 wurde in der Osnabrück Halle der 8. DNQP-Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der Pflege konsentiert. Die Mehrzahl der 500 TeilnehmerInnen der Konsensus-Konferenz bildeten Pflegefachkräfte und PflegeexpertInnen aus allen Bereichen der Gesundheitsversorgung und der Altenhilfe.

Der Expertenstandard beschreibt den Beitrag der Pflege an einem individuellen Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen. Ziel des Expertenstandards ist, durch ein individuell angepasstes Schmerzmanagement für die Patienten/Bewohner zur Schmerzlinderung, zum Erhalt oder der Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit und zu einer stabilen Schmerzsituation beizutragen und schmerzbedingten Krisen vorzubeugen.

Mit einer Veröffentlichung des konsentierten Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ ist Anfang 2014 zu rechnen. „Dieser Expertenstandard fordert von Pflegefachkräften, bei Vorliegen chronischen Schmerzes, eine Unterscheidung zwischen stabiler und instabiler Schmerzsituation vorzunehmen. Herstellung und Erhalt einer stabilen Schmerzsituation wird sogar als Ziel pflegerischen Schmerzmanagements formuliert.“ (vgl. Arbeitstexte zur 8. Konsensuskonferenz in der Pflege, Thema: „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“, DNQP, 11.10.2013, S. 17)

Aus dieser Situation und dem Ziel dieses Expertenstandards wird sich perspektivisch wiederum neuer Fort- und Weiterbildungsbedarf für die Pflegekräfte ergeben.

## **Empirischer Teil**

### **4 Grundgedanken zur Entwicklung des Kurriculums**

Der Kurriculumbegriff wird vieldeutig benutzt. Doch war mir die Verwendung dieses Begriffes im Zusammenhang mit meiner pflegepädagogischen Entwicklungsarbeit im Zusammenhang mit dem „Schmerzmanagement in der Pflege“ sehr wichtig.

Lenzens (2001) Aussagen zum Kurriculumsbegriff inspirierten mich, weil er von einem Lehr- und Lerngeschehen ausgeht, in dem neben Konzeptions- und Planungsinstrumenten auch zwischenmenschliche Beziehung gesehen wird.

(vgl. Dieter Lenzen in: Sahmel, Karl-Heinz, 2001, S. 138)

Gedanken über zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege finden sich in Pflege-theorien wieder, welche interpersonale Beziehungen ins Zentrum stellen. Pflege-theorien bilden oft die Basis bei der Modularisierung der Kurricula in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege.

Bei Entwicklung dieses Kurriculums habe ich mich gegen das Einbinden einer Pflege-theorie entschieden. Aber für die Zukunft bleibt der Gedanke daran spannend. Folgendes Beispiel aus dem „Bachelor of Nursing“-Bereich (BoN) unterstreicht meine Auffassung, dass die Ausrichtung nach einer Pflege-theorie nur bei größeren Kurricula Sinn macht:

Da das Kurriculum in modularer Form konzipiert wurde, ergibt sich daraus die Möglichkeit, Module im Verlauf des Studiums inhaltlich immer spezifischer zu gestalten, um immer differenziertere Pflegesituationen aufzugreifen. Folglich werden situationsspezifische Pflege-theorien eingebunden, denn wie jede Theorie präsentiert auch die hier gewählte nur einen Ausschnitt der (Pflege-) Wirklichkeit und kann daher nicht alle Fragen einer komplexen Pflegerealität abbilden. Aus der Sicht der Mitarbeiterinnen des BoN erfüllt die Theorie des systemischen Gleichgewichts von Marie-Luise Friedemann, die eingebettet in die Konzepte der familien- und umweltbezogenen Pflege entfaltet wird, diese Anforderungen.

Friedemann bezieht sich bei der Entwicklung ihres konzeptuellen Modells der familien- und umweltbezogenen Pflege auf das Metaparadigma der Pflege und dessen Konzepte „Umwelt, Mensch, Gesundheit und Pflege“ (Fawcett 1996) und erweitert dieses um die Konzepte „Familie und Familiengesundheit“. Durch diese Erweiterung werden in der familien- und umweltbezogenen Pflege Aspekte aufgegriffen, die für die deutsche Pflege und die sich verändernden Handlungsfelder

von Pflege hierzulande von immer größerer Bedeutung werden und seit 2003 im Krankenpflegegesetz als Anforderungen an die Pflegeausbildung festgeschrieben sind.“ (Feldhaus-Plumin, Erika, Köhlen, Christina, Nicklas-Faus, Jeanne, 2010, S. 6)

Hildegard Peplau entwickelte eine Pflege-theorie, die 1952 unter dem Titel: „Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing“ erschien. Peplaus Theorie ist die erste Pflege-theorie, die

nach Florence Nightingales 1859 publizierten „Notes on Nursing“ erschien und hatte einen maßgeblichen Einfluss auf die Entwicklung der Pflegeforschung, der Pflegebildung, der Pflegekultur und des pflegerischen Selbstverständnisses. (vgl. Schröck, Ruth; Drerup, Elisabeth, 1997)

Innerhalb der deutschsprachigen Pflegewissenschaft wird diese Theorie als Theorie „zwischenmenschlicher Beziehungen in der Pflege“ bezeichnet. Sie kann den konzeptionellen Bezugsrahmen für die psychodynamische Pflege bilden.

Sie ist der Peplauschen Theorie zugeordnet, welches vorrangig in der psychiatrischen Pflege eingesetzt wird. Peplaus Theorie wird innerhalb der pflegewissenschaftlichen Forschung als „grand theory“ (Englisch für „bedeutende Theorie“) eingestuft. Das darin beschriebene Pflegemodell wird zu den Interaktionsmodellen gezählt. Genau dieser Hintergrund war wichtig für meine curriculare Entwicklungsarbeit. Ausgangspunkt der Theorie ist die Beziehung zwischen Pflegekraft und der gepflegten Person innerhalb einer Pflegesituation, welche die alltäglichen Schwierigkeiten des Lebens widerspiegelt. (vgl. Schröck, Ruth; Drerup, Elisabeth, 1997)

Schwerpunkte bilden die Interaktion zwischen den Beteiligten und der Bestimmung der dieser Beziehung zugrunde liegenden Strukturen. Diese Kenntnisse sollen die Pflegekraft in die Lage versetzen, die Interaktion so zu gestalten, dass sie für Pflegende und Gepflegte zu einer Lernerfahrung wird. Genau diese Aussagen bilden den Kern für das Pflegehandeln im Umgang mit Schmerzpatienten.

"Fichtmüller und Walter (2007), deren Schrift insgesamt einen wichtigen Beitrag zum dieser Arbeit zugrundeliegenden Forschungsstand darstellt\*, liefern wertvolle Gedanken und beschreiben Deutungsmuster in Anlehnung an Arnold, wie folgt: „Sie ordnen die Wirklichkeit, bieten Rechtfertigungs-potential und halten die Handlungsfähigkeit aufrecht. Sie sind lebensgeschichtlich erworben und treten komplexitätsreduzierend in Form einfacher, stereotyper Erklärungs-, -Zuschreibungs-, oder Wertmuster zutage.“ (Fichtmüller, Franziska; Walter, Anja, 2007, S. 153)

Die Autorinnen beschreiben, ohne zu werten den Charakter der Deutungsmuster. Innerhalb ihrer Beschreibungen ist der Aspekt „Rechtfertigungspotential“ für die Entwicklung dieses Kurrikulums sehr wichtig. Aus praktischer Erfahrung ist mir bekannt, dass innerhalb des Umganges mit Schmerzpatienten Rechtfertigungen aus Deutungsmustern entstehen. Diese Situationen sind unterrichtlich und in der Pflegepraxis zu berücksichtigen und zu klären. Fichtmüller und Walter (2007) benennen weitere wichtige Aspekte:

Sie sind aus Interaktionen mit anderen Menschen entstanden-also gesellschaftlich und sozial vermittelt. Soziale Gruppen verfügen über kollektive Deutungsmuster. Auf die berufliche Lebenswelt bezogen, kann auch von berufsspezifischen Deutungsmustern gesprochen werden, die über den jeweiligen institutionellen Kontext vermittelt sind. Diese können problematisch sein und in Lernprozessen thematisiert werden. (Fichtmüller, Franziska; Walter, Anja, 2007, S. 153)

Das Kurriculums stellt die Gesamtheit der geplanten wie unvorhergesehenen Einflüsse und Ereignisse dar, denen Auszubildende während ihrer Ausbildungszeit ausgesetzt sind und die sich früher oder später auswirken werden auf ihre Fähigkeit, die Ausbildungsziele (berufliche Handlungskompetenzen) sowie die des gesamten Bereichs, für den sie ausgebildet werden, zu *verstehen und zu erreichen*.

Es gibt eine Reihe von Praxisgrundsätzen, die auch für Fachkräfte anderer Bereiche und insbesondere des Gesundheitsbereichs gelten.

Alle Kurricula für praxisorientierte Berufe – ganz gleich ob für Pflegekräfte, Hebammen, Ärzte, Architektinnen, Ingenieure oder Rechtsanwältinnen – weisen eine Reihe identischer Grundprinzipien auf. Zunächst und vor allem ist zu ermitteln, welches Wissen, welche praktischen Fähigkeiten und welche Merkmale die Fachkraft im betreffenden Praxisgebiet benötigt. Davon ausgehend ist festzulegen, welche Qualifikationen die Fachkraft bedarf, und dann ist das Curriculum so zu gestalten, dass die Auszubildenden diese Qualifikationen erwerben können. Zur Konstruktion des Kurrikulums „Schmerzwahrnehmung in der Pflege“ wurden im Vorfeld die Fähigkeiten und Fertigkeiten analysiert, welche die gewünschte Qualifikation „entstehen“ lassen könnten. Bei Berufsausbildungen sollte das Kurriculums Theorie und Praxis miteinander verknüpfen oder schulisches Lernen mit praktischer Erfahrung in der Arbeitswelt verbinden. Spannend bleibt die Frage nach dem Zeitpunkt dieser Verknüpfung bzw. danach wie früh eine Handlung als vollständig erachtet werden kann. Dieser Aspekt sollte untersucht werden.

Künzli (2009) stellt dar, dass ein Kurriculums je nach Verwendungskontext mehr oder weniger differenziert ausformuliert sein kann. Für die Planung der eigenen Lehrveranstaltung lohnt sich eine präzise Beschreibung der verschiedenen Module und des Zusammenspiels zwischen diesen. Auch die Planung und Umsetzung eines Moduls bedarf – um die Koordination zwischen den beteiligten Lehrkräften zu gewährleisten – meist einer relativ genauen Darstellung der einzelnen Kurriculumskomponenten. Im Rahmen der Gestaltung von Lehr- und Lernprozessen

innerhalb des Kurriculums, sollten vor allem die Lernziele und die didaktischen Ziele der verschiedenen Module fein aufeinander abgestimmt werden.

Qualifizierte Berufspraxis ergibt sich aus dem effizienten Einsatz kognitiver Fähigkeiten, erfordert jedoch auch die schrittweise Entwicklung zunehmend komplexer technischer und psychomotorischer Fähigkeiten unter Berücksichtigung lernbiografischer Aspekte (so auch Erfahrungsorientierung) und zwar in einem ethischen und moralischen Rahmen, und der angemessene Einstellungen zur Versorgung und Unterstützung der Personen fördert, die von der Pflegekräften betreut werden. Fichtmüller und Walter erwähnen berufsspezifische Deutungsmuster, welche in der Wissenserweiterung beachtet werden sollen.

Diese Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten im Hinblick auf das Niveau und die Komplexität sowie die Herausbildung empathischer Fähigkeiten in Begegnung mit Schmerzpatienten muss in der Gestaltung des Kurriculums deutlich werden. In den Bildungserfahrungen, denen die Auszubildenden ausgesetzt sind sowie auch im Niveau der beruflichen Kompetenz, die nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erreicht werden muss sich der erfahrungsorientierte Bildungsansatz wieder finden.

Die Erfahrungsorientierung im Rahmen der Ausbildung sollten so organisiert sein, dass die Auszubildende schrittweise durch die Vertiefung ihres Wissens, den Ausbau ihrer Fähigkeiten durch. z.B. gezielte Lernaufträge in der Praxis und die Erweiterung ihres Einfühlungsvermögens auf die Tätigkeit im "weiteren Umfeld" – d. h. in den komplexen Zusammenhängen der realen Arbeitswelt und der beruflichen Praxis – vorbereitet und so zu qualifizierten und kompetenten Pflegekräften werden. Fichtmüller und Walter (2007) benennen weitere wichtige Aspekte:

Sie sind aus Interaktionen mit anderen Menschen entstanden-also gesellschaftlich und sozial vermittelt. Soziale Gruppen verfügen über kollektive Deutungsmuster. Auf die berufliche Lebenswelt bezogen, kann auch von berufsspezifischen Deutungsmustern gesprochen werden, die über den jeweiligen institutionellen Kontext vermittelt sind. Diese können problematisch sein und in Lernprozessen thematisiert werden. (Fichtmüller, Franziska; Walter, Anja, 2007, S. 153)

Qualifizierte Berufspraxis ergibt sich aus dem effizienten Einsatz kognitiver Fähigkeiten, erfordert jedoch auch die schrittweise Entwicklung zunehmend komplexer technischer und psychomotorischer Fähigkeiten unter Berücksichtigung lernbiografischer Aspekte (so auch Erfahrungsorientierung) und zwar in einem ethischen und moralischen Rahmen, und der angemessene Einstellungen zur

Versorgung und Unterstützung der Personen fördert, die von der Pflegekräften betreut werden. Fichtmüller und Walter erwähnen berufsspezifische Deutungsmuster, welche in der Wissenserweiterung beachtet werden sollen. Diese Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten im Hinblick auf das Niveau und die Komplexität sowie die Herausbildung empathischer Fähigkeiten in Begegnung mit Schmerzpatienten muss in der Gestaltung des Kurriculums deutlich werden. In den Bildungserfahrungen, denen die Auszubildenden ausgesetzt sind sowie auch im Niveau der beruflichen Kompetenz, die nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erreicht werden muss sich der erfahrungsorientierte Bildungsansatz wieder finden.

Die Erfahrungsorientierung im Rahmen der Ausbildung sollten so organisiert sein, dass die Auszubildende schrittweise durch die Vertiefung ihres Wissens, den Ausbau ihrer Fähigkeiten durch. z.B. gezielte Lernaufträge in der Praxis und die Erweiterung ihres Einfühlungsvermögens auf die Tätigkeit im "weiteren Umfeld" – d. h. in den komplexen Zusammenhängen der realen Arbeitswelt und der beruflichen Praxis – vorbereitet und so zu qualifizierten und kompetenten Pflegekräften werden. Diese Aspekte verdeutlichen den Entstehungsmechanismus von Deutungsmustern. Sie sind existent und das Verhalten der Bildungsteilnehmer kann ihnen zugeschrieben werden, aber wir können sie beeinflussen. Fichtmüller und Walter treffen des Weiteren die Aussage, dass es über die Implimentierung alternativer Lernangebote, gelingen kann, Deutungen Lernender zu differenzieren und weiterzuentwickeln. (Fichtmüller, Franziska; Walter, Anja, 2007, S. 181)

Die Sichtweise Schneiders (2000), in Bezug auf die Gestaltung von Lehr- und Lernabläufen beziehungsweise der Beziehungsgestaltung zwischen theoretischen und praktischen Lernphasen, ist wichtig, denn sie vertritt den Standpunkt, dass eine Pflegeausbildung immer so gut oder so schlecht ist, wie es gelingt oder nicht gelingt, theoretische und praktische Inhalte zu vernetzen.

Auszubildende erhalten somit die Chance, berufsrelevante Verknüpfungen leisten zu können. (vgl. Keuchel, Regina et al. In: Falk, Juliane; Kerres, Andrea; 2003, S.285)

Diese zentrale und nachhaltige Aussage zeigt auf, dass einer guten Theorie-Praxis-Verknüpfung in der Pflege ein hoher Stellenwert zukommt. Grundsätzlich ist der Wissenstransfer ein schon lange bekanntes Problem in der Pflege. Dabei ist ein gespanntes Verhältnis zwischen der Theorie und der Praxis zu verzeichnen. Dieses gespannte Verhältnis findet zwischen der Ausbildung und der Praxis, zwischen der

Wissenschaft und der Praxis, aber auch in der Praxis selbst statt. Seit vielen Jahren ist der Wissenstransfer in der Lehr- und Lernforschung ein zentrales Thema. Dabei wird meist der Transfer des theoretischen Wissens in die Pflegepraxis verstanden. Es besteht dabei ein großes Defizit bei der Transferleistung schulischen Wissens in die Pflegepraxis. Außerdem ist nicht immer gesichert, dass Schülerinnen und Schüler den anspruchsvollen Transfer von Inhalten alleine bewältigen können, auch wenn sie theoretisch noch so gut darauf vorbereitet werden. Meiner Meinung nach sollte gerade auf dieses Theorie-Praxis-Problem verstärkt von Seiten der Schule und von Seiten der Pflegepraxis reagiert werden. (vgl. Keuchel, Regina et al. in: Falk, Juliane; Kerres, Andrea; 2003, S.286-289)

Ziel soll es sein, dass die Lernenden jederzeit das theoretische Wissen in der Praxis abrufen und situationsgerecht anwenden können.

Eine Lösung des Transferproblems stellt das Lernen im sozialen Kontext dar. Diesen Weg verfolgt der Ansatz des situierten Lernens und somit auch die Umsetzung dieses Kurriculums.

## **5 Zur wissenschaftlichen Untersuchung**

### **5.1 Vorbereitung der Untersuchung**

Vor Beginn der Forschungsarbeit waren folgende Überlegungen und Planungen erforderlich.

Dieses Kurriculum findet bei Bildungsteilnehmern der Gesundheits- und Krankenpflege Anwendung, welche sich im 2. Ausbildungsjahr befinden. Mein Arbeitgeber<sup>86</sup> hat im schulinternen Kurriculum<sup>87</sup> zur Ausbildung von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen zwanzig Unterrichtsstunden zur Vermittlung der Unterrichtsthematik „Schmerzpatienten in der Pflege“ vorgesehen. Das von mir konstruierte Kurriculum sieht notwendigerweise insgesamt achtzig Unterrichtsstunden vor. Diese wurden integrativ in bestehende Lernbereiche des schulinternen Kurriculums eingearbeitet, da eine ad hoc Stundenmaximierung von zwanzig Unterrichtsstunden auf achtzig Unterrichtsstunden unmöglich ist.

Der Gesamttablauf sollte sich wie folgt gestalten:

Zuerst sollte am Lernort Theorie die Vermittlung von vierzig Unterrichtsstunden stattfinden.

---

<sup>86</sup> Akademie der Gesundheit Berlin Brandenburg e.V.

<sup>87</sup> Stand 11-2008



Dann musste zur Durchführung von gezielten (teilnehmenden) Beobachtungen am Lernort Praxis: „Pflegehandlungen, die im Zusammenhang mit Schmerzpatienten durchgeführt werden“ ein Praxisturnus nach erteilten vierzig Unterrichtsstunden eingeplant werden. Übergeordnete Forschungsmethode wird die Aktionsforschung sein. Nach Auswertung der Ergebnisse wird es durch die Aktionsforschung gelingen, aktiv in den nachfolgenden Lehrprozess einzugreifen.

Danach sollten die restlichen vierzig Unterrichtsstunden am Lernort Theorie vermittelt werden.

### **5.1.1 Wissenschaftliche Fragestellungen/Hauptforschungsfrage**

Bei den im Vorfeld erfolgten Literaturrecherchen wurde deutlich, dass der Erwerb von Schlüsselqualifikationen und die Vermittlung von Handlungskompetenzen in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege einen hohen Stellenwert haben und Basisqualifikationen sind.

Schlüsselqualifikationen sind vermittelbare Kompetenzen und diese bilden die Grundlage der beruflichen Handlungsfähigkeit, wobei die verschiedenen Kompetenzbereiche individuell ausgeprägt sind (Sahmel, Karl-Heinz, et al., 2001).

Illich (2001) schlussfolgert, dass Wissenszentrierung und Handlungsregulierung wesentliche Ziele neuen Lehrens und Lernens sind. (vgl. Illich, Ivan in Heuer, Ulrike et al., 2001, S. 21)

Diese Sichtweise lässt vermuten, dass durch neues Wissen der Lernenden, deren Handeln geleitet wird. Handeln wird aber von Sinn- und Deutungszusammenhängen bestimmt. Diese sind richtungsweisende Antriebe des Handelns und genau deshalb ist es nicht planbar, wie erworbenes Wissen verwendet wird.

Grundsätzlich wichtig erscheint die Frage nach den notwendigen Anforderungen des Lehr- und Lernprozesses zum Erwerb von Schlüsselqualifikationen.

Wie ist der Lehr- und Lernprozess im Sinne der Handlungsorientierung zu gestalten? Sicher ist, dass durch den verstärkten Ruf nach Vermittlung von Handlungskompetenzen in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege keine Neukonzeptionen von Unterrichtsmethoden entstehen. (Sahmel et al. 2001). Es besteht pflegepädagogischer Handlungsbedarf.

Handeln – Pflegehandeln am Schmerzpatienten stand nun im Fokus meiner Untersuchungen.

Zusammenfassend ergibt sich folgende Hauptfrage dieser Forschung:

Wird sich bei einer Auswahl der Bildungsteilnehmer am Lernort Praxis ersichtlich sein, dass sie in Handlungen mit dem Schmerzpatienten patientenorientiertes, empathisches Verhalten zeigen? Dieses Verhalten wird am Aspekt der Schmerzwahrnehmung ausgerichtet.

### **5.1.2 Ziele**

Diese wissenschaftliche Untersuchung soll hinsichtlich der berufspraktischen Dimension eine praxisdienliche Funktion beanspruchen. Lehrende in der Pflege sollen Argumente erhalten, wie das Einbringen aktueller Erkenntnisse die Professionalisierung der Pflege fördern kann. Letztlich dient diese Arbeit somit zur Reflexion des eigenen Handelns.

Das so genannte Pflegehandeln wird entschlüsselt und soll verstanden werden, um positiv beeinflusst werden zu können.

Entschlüsselt werden bestehende Einflussfaktoren auf Pflegehandeln, die in Bezug zum Phänomen Schmerz stehen. Zur Entschlüsselung dieses Pflegehandelns ist es erforderlich, Nachbardisziplinen, die in Verbindung zum Schmerz stehen, zu betrachten.

Aufgrund dieser Entschlüsselungen, wird das Curriculum „Der Schmerz im Pflegehandeln“ entwickelt und deren Anwendung im Rahmen der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften evaluiert. Evaluation findet schon nach dem ersten Teil der curricularen Vermittlung in der Praxis statt. Dazu wurden theoretisch fundierte Beobachtungskriterien herausgearbeitet und zur nichtteilnehmenden Beobachtung eingesetzt. Diese systematische Analyse am Lernort Praxis soll zeigen, dass sie nutzbar ist, neues Wissen zu generieren.

Des Weiteren soll diese Arbeit einen anregenden, motivierenden Ausblick auf die Möglichkeiten der Förderung von Handlungskompetenzen in Verbindung mit dem Phänomen Schmerz aufzeigen. Schlussendlich wird erwartet, dass die Bildungsteilnehmer in ihrer Schmerzwahrnehmung sensibilisiert werden können.

### **5.1.3 Hypothesen**

Die Bildungsteilnehmer werden am Lernort Praxis dem Schmerzpatienten gegenüber patientenorientiertes, empathisches Verhalten zeigen.

Anhand der Beobachtungen wird erkennbar, dass die Bildungsteilnehmer das theoretisch erworbene Fachwissen über Schmerz praktisch anwenden können. Die Bildungsteilnehmer werden in der Lage sein, Schmerz wahrzunehmen, Schmerz prophylaktisch entgegenzuwirken und adäquate Pflegehandlungen anzubieten.

## **5.2 Forschungsdesign**

### **5.2.1 Methodenauswahl und Darstellung der Methode: „Aktionsforschung“**

Altrichter und Posch (2007) beschreiben, dass bei Anwendung der Erhebungsmethode „Aktionsforschung“ eine systematische Untersuchung beruflicher Situationen durch die Lehrer selbst stattfinden kann. Ziel ist es unter anderem, die berufliche Situation zu verbessern, Innovationen durchzuführen und diese Dinge selbst zu überprüfen. Dadurch wird neues Wissen erlangt und die berufliche Kompetenz gestärkt. (vgl. Altrichter, Herbert; Posch, Peter; 2007, S.13)

Altrichter und Posch liefern die Begründung für Wahl der Erhebungsmethode „Aktionsforschung“. Aktionsforschung<sup>88</sup> ist Handlungsforschung, weil sie von Handlungsforschern begleitet wird.

Es ist davon auszugehen, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen Aktionsforschungsansätzen nicht nivelliert werden müssen, denn sie können als Varianten eines Wissenschaftsverständnisses begriffen werden. Dieses beansprucht, im Unterschied zur traditionellen Sozialforschung, Forschung und Veränderung in ein und demselben Prozess zu vereinen. In der Literatur werden verschiedene Kriterien dargestellt, welche Aktionsforschung typologisieren.

Hart und Bond (2001) haben folgende, meinem Verständnis entsprechende, Merkmale herausgearbeitet:

1. Aktionsforschung ist erzieherisch.
2. Aktionsforschung beschäftigt sich mit Personen als Mitglieder sozialer Gruppen.
3. Aktionsforschung ist problemorientiert, kontextspezifisch  
(vgl. Hart, Elisabeth; Bond, Meg, 2001)

---

<sup>88</sup> Wenn im Folgenden nur die Bezeichnung "Aktionsforschung" benutzt wird, dann um eine Sprachverwirrung zu vermeiden.

Altrichter und Posch (2007) stellen als Besonderheit zur Aktionsforschung dar, dass die Problemstellung nicht primär aus wissenschaftlichem Erkenntnisinteresse erfolgt, sondern aus konkreten Missständen für eine soziale Gruppe entsteht.

Das Forschungsziel besteht nicht vorrangig im Überprüfen theoretischer Aussagen, sondern in der praktischen Veränderung der untersuchten Problemlage.

- Die Problemlage wird als sozialer Prozess aufgefasst, aus dem nicht einzelne Variablen isoliert und als "objektive Daten" erhoben werden können, sondern die Datenerhebung wird als Teil des sozialen Prozesses aufgefasst und interpretiert.
- Der Forscher gibt seine Distanz zum Forschungsobjekt auf, er ist selbst in den untersuchten Prozess einbezogen, von der teilnehmenden Beobachtung bis zur gezielten Einflussnahme auf die soziale Gruppe.
- Ebenso geben die anderen Gruppenmitglieder die Rollen von Befragten und Beobachteten auf, indem sie sich aktiv an der Zieldiskussion, Datenerhebung und Auswertung beteiligen. (vgl. Altrichter, Herbert; Posch, Peter, 2007)

Aktionsforschung hat theoretische Defizite und Zufälligkeiten in jeweils zwischen Forschern und Beforschten ablaufenden Gruppenprozessen.

Lewin wandelt Aktionsforschung zur Handlungs- oder Aktionsforschung, weil er die These favorisiert, dass eine für die soziale Praxis erforderliche Forschung sich am besten als Forschung im Dienste sozialer Unternehmungen oder sozialer Techniken kennzeichnen lässt. Sie ist eine Art Tat-Forschung "action research", eine vergleichende Erforschung der Bedingungen und Wirkungen verschiedener Formen des sozialen Handelns und eine zu sozialem Handeln führende Forschung.

Aktionsforschung ist keine neue Erfindung, sondern ein anderes Wort für systematisch reflektierte Praxis, und viele professionelle Praktiker/innen im Lehrberuf wie in der Lehrerbildung betreiben Aktionsforschung, ohne das so zu nennen: Sie reflektieren ihre Praxis vor dem Hintergrund ihrer beruflichen Wertvorstellungen und versuchen, sie weiterzuentwickeln. Altrichter und Posch (2007) geben bekannt, dass die Methoden, die in der Aktionsforschung verwendet werden, auf jene Aktivitäten aufbauen, die Praktiker/innen im Alltag verwenden, um die Qualität ihrer Handlungen zu überprüfen, auf Beobachtung, auf Gespräche mit Schüler/innen und Kolleg/innen usw.. Je komplexer, offener, risikoreicher eine Praxis ist, desto wichtiger wird es, sich ihrer kontinuierlich zu vergewissern und das Handeln und die eigenen

Wertvorstellungen aufeinander abzustimmen. Bei Anwendung der Aktionsforschung sind zwei Ausrichtungen im Forschungsdesign wichtig. Explorative Forschung und evaluative Forschung stellen diese Ausrichtungen dar.

Die explorative Forschung verfolgt eine Art Bestandsaufnahme der Situation durch den Praktiker im Hinblick auf bestimmte Fragestellungen. Bei der Interpretation von Daten steht das induktive (d.h. von Beobachtungsdaten ausgehende) Vorgehen meist im Vordergrund. Die evaluative Forschung überprüft, ob und inwieweit bestimmte vorweg definierte Ziele bzw. Erfolgserwartungen eintreffen. Bei der Interpretation von Daten steht das deduktive (d.h. von theoretischen Erwartungen ausgehende) Vorgehen meist im Vordergrund. Voraussetzung ist die vorherige Klärung der Ziele und der erwarteten Ergebnisse. Das Entwicklungsinteresse geht von Fragen aus, welche die Ziele oder das erforderliche Handeln zur Verbesserung oder Weiterentwicklung einer Situation betreffen. z.B. Was möchte ich verbessern? Was ist in dieser Situation zu tun? Wie kann ich Idee X verwirklichen? Somit war klar, dass die Forschung in dieser Dissertation evaluativen Charakter trägt.

**Folgende Auswahl charakteristischen Merkmale von Aktionsforschung begründen die Auswahl dieser Forschungsmethode für diese Forschung:**

**Altrichter und Posch (2007)** stellen dar, dass Aktionsforschung eine Forschung ist, die von Personen betrieben wird, die von einer sozialen Situation direkt betroffen sind als Lehrer/innen im eigenen Unterricht oder im Hinblick auf ein gemeinsames Thema an der eigenen Schule. Diese Feststellung lässt sich total auf das Dispositionsverfahren übertragen.

(2) Fragestellungen aus der Praxis:

d.h. Aktionsforschung setzt an Fragen der schulischen Praxis und von Praktiker/innen formulieren Fragestellungen aus ihrer eigenen Erfahrung, die sie als bedeutsam für ihre Berufstätigkeit erachten an. Dieser Aspekt ist gleichzeitig Beweggrund bzw. Forschungsanliegen der Dissertation, denn die Erfahrung zeigte, dass die Schmerzwahrnehmung der Pflegekräfte schlecht ist und Forschungsanliegen war, diesen Umstand durch Konstruktion und Vermittlung eines speziellen Kurriculums zu verbessern.

(3) In Beziehung Setzen von Aktion und Reflexion d.h.: Praktisches Handeln und das "Schlüsse" ziehen aus der reflektierten Handlungserfahrung (Aktion und Reflexion)

werden eng aufeinander bezogen. Dieser Aspekt findet sich in der Auswertung der individuellen Beobachtungen und im Ausblick wieder.

(4) Konfrontation unterschiedlicher Perspektiven: Ein wesentliches Merkmal von Aktionsforschung besteht darin, verschiedene Perspektiven auf die zu untersuchende Situation zu sammeln und miteinander zu konfrontieren. Die Forscher/innen werden ermutigt, ihre eigenen Wahrnehmungen z.B. mit solchen von Schüler/innen oder externen Beobachter/innen zu vergleichen und Diskrepanzen für die Weiterentwicklung von praktischen Theorien zu nutzen. Auch bereits verfügbares Wissen aus der Fachliteratur liefert wichtige Perspektiven. Interpretieren lässt sich dieser Aspekt mit Hilfe des Theorieteils dieser Disseration. Dort werden Einflüsse auf die Schmerzwahrnehmung diskutiert, mit empirischen Daten verglichen und es entwickelt sich die Forschungsstrategie.

(5) Veröffentlichung von Praktikerwissen: Aktionsforschung soll Praktiker/innen dazu anregen, die bei der Erforschung der eigenen schulischen Praxis gewonnenen Erfahrungen zu veröffentlichen: im Rahmen der internen Diskussion mit Kolleg/innen, in schriftlichen Darstellungen oder Projektberichten. Auch dieser Aspekt findet zum Abschluss der Forschung statt, denn der Projektbericht in Form eines Vortrages wurde auf einer Lehrerkonferenz abgehalten. Somit wurden die Ergebnisse allen Kollegen zugänglich gemacht.

(6) Ziele von Aktionsforschung: Erkenntnis und Entwicklung und am Ende liefert das benannte Ziel von Altrichter und Posch genau die Aussage, die man sich als Forscher wünscht. Natürlich gelang es durch Anwendung der Aktionsforschung Erkenntnisse zu erlangen und einen Bereich der Pflegepädagogik zu entwickeln. (vgl. Altrichter und Posch, 2007)

Lewin benennt Aktionsforschung als Feldtheorie und hat eine neue verhaltensklärende Sichtweise entwickelt. Mit ihrer Hilfe sollen Handlungsabläufe möglichst konkret auf Bedingungskonstellationen des gegenwärtigen Feldes<sup>89</sup> zurückgeführt und erklärt werden. (vgl. Heckhausen, Jutta, S.112) Lück (1996) beschreibt in Bezug auf Lewin den Begriff des Feldes und stellt fest, dass dieser Bedingungsfaktoren sowohl die äußere Situation (Umgebung) wie die innere Situation (Person) umfasst. (vgl. Lück, Helmut, E., 1996) Im Feld werden alle verhaltenswirksamen Bedingungen, die die gegenwärtige

---

<sup>89</sup> Handlungsfeld, Aktionsradius

Situation und Zuständigkeiten der Person charakterisiert, aufgespürt und miteinander in kausaldynamische Beziehungen gesetzt.

Lück fasst zusammen, dass Lewin (1942) seine Feldtheorie mit sechs Charakteristika kennzeichnet:

1. Die Analyse des Verhaltens muss von der Gesamtsituation ausgehen.
2. Der Erklärungsansatz muss psychologisch und nicht quasiphysikalisch sein. Dies geschieht in einer Abgrenzung zum physikalischen Reizverständnis der Behavioristen. Die wahrgenommenen Umweltgegebenheiten sind Grundeinheiten der Kausalanalyse.
3. Eine bloße Kopplung von Reiz-Reaktions-Assoziationen ist als Erklärungsansatz nicht ausreichend. Dies ist der dynamische Ansatz der Verhaltenserklärung.
4. Es ist nach der konstruktiven Methode vorzugehen, das heißt bloßes klassifizieren von Verhalten reicht nicht aus, denn es bleibt bei der Beschreibung stehen und kann Erklärungsversuche in die Irre führen. Gleiches Verhalten kann eben verschiedene Ursachen haben.

Das Verhalten ist eine Funktion des gegenwärtigen Feldes. Vergangene Ereignisse können zur Struktur des Feldes beigetragen haben.

Altrichter und Posch (2001) heben zur Aktionsforschung einige charakteristische Merkmale hervor. Ein Merkmal entspricht meinem Anliegen in besonderem Maße: „In-Beziehung-Setzen von Aktion und Reflexion“. Es beinhaltet das Handeln in der Praxis und das Schlüsse-Ziehen aus Handlungserfahrungen, sprich den engen und wiederkehrenden Bezug zwischen Aktion und Reflexion. Altrichter und Bond merken dazu an, dass dem Handeln durch Reflexion neue Möglichkeiten eröffnet und die Reflexionsergebnisse durch das Handeln einer Überprüfung unterzogen werden. Dieser Meinung schließe ich mich an.

Lewins (1942) Sichtweise ist entscheidend für meine Forschungsintention: „Nur was gegenwärtig wirkt, ist verhaltenswirksam.“ Wird dieser Gedanke auf mein Forschungsziel übertragen, dürfte die Wirkung der Vermittlung von bestimmten Unterrichtsinhalten zum Schmerzmanagement in der Pflege (erforscht) verhaltenswirksam sein.

Heckhausen (2001) geht davon aus, dass Vergangenes oder Künftiges gegenwärtig erinnert beziehungsweise vorweggenommen werden kann und deshalb als etwas Vergegenwärtigtes wirksam ist. Er merkt weiterhin an, dass vergangene Ereignisse, etwa Lernen, zur Struktur des gegenwärtigen Feldes beigetragen haben, sowohl was gegenwärtige Besonderheiten zur Person als auch die Umgebung betrifft. (Heckhausen, Heinz, 2001, S.108)

### **5.2.2 Erläuterungen zum Beobachtungsprotokoll/zur Erhebung der Daten**

Nachfolgend wird das Beobachtungsprotokoll vorgestellt, welches für die durchzuführenden Untersuchungen am Lernort Praxis konstruiert wurde. Um das Protokoll als verbindliche Beobachtungsgrundlage nutzen zu können, wurden Kategorien und Kriterien zur Operationalisierung ermittelt. Somit war eine Verbindung vom vermittelten Inhalt zur Pflegehandlung geschaffen.

Die grobe Orientierung bei der gezielten Beobachtung erfolgte durch Vorgabe von Hauptkategorien im Beobachtungsprotokoll, welche sich aus den unterrichtlich vermittelten Themen ergaben. Aus diesen Hauptkategorien wurden passende Beobachtungskriterien herausgearbeitet, welche dann im Beobachtungsverfahren identifiziert werden sollten.

Das Beobachtungsverfahren fand am 27.1.2009 in klinischen Bereichen des Lernortes Praxis am Helios Klinikums Bad Saarow statt. Die Auswahl der Beobachtungsfälle bzw. der betroffenen Schüler geschah zufällig. Weitere Aspekte der zufälligen Auswahl waren der Tageszeitpunkt, Anwesenheiten im Schichtdienst, Anwesenheiten der Praxisanleiter vor Ort und Zeitmanagement meiner Person, denn ich konnte nur nach meiner üblichen Arbeitszeit vor Ort erscheinen. Des Weiteren mussten die Distanzen zu den Beobachtungsorten berücksichtigt werden.

Hier ergaben sich Fahrtstrecken mit dem Auto von bis zu 70 km.

Je fünf Bildungsteilnehmer wurden über einen Zeitraum von 45 Minuten kriteriengeleitet beobachtet. Diese Beobachtungen wurden protokolliert.

Erläuterungen zur Protokollkonstruktion:

1. Benennen der jeweiligen Situation bedeutet: Bildungsteilnehmer und Fachbereich wurden erfasst.
2. Die Patientenvorstellung liefert einen knappen Blick auf die Aspekte: Alter, Erkrankung, Nebenerkrankungen, Besonderheiten bei der Kommunikation und



geplante Prozeduren.

3. Pflegesituationen: konkrete Pflegehandlung, bei der die Beobachtungen stattfinden werden.

Unterrichtsthema (Beobachtungs- kategorie)	Beobachtungskriterien/ Items	Anmerkungen
<b>Der Schmerz im Pflegehandeln</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einflussfaktoren auf menschliches Handeln</li> <li>Schmerz als ein universeller Einflussfaktor des Handelns</li> <li>Rolle/Situation von Pflegenden bei der Betreuung von Schmerzpatienten</li> </ul>	
<b>Der Umgang mit Schmerzpatienten in der Pflege</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Gespräch mit dem Schmerzpatienten</li> </ul>	
<b>Der Schmerzpatient- Charakterisierungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen im Kindesalter</li> <li>Schmerzen im Erwachsenenalter</li> <li>Schmerzen im betagten Alter</li> <li>Gender und Schmerz</li> <li>Kultur und Schmerz</li> </ul>	
<b>Den Schmerz erkennen, klassifizieren und verstehen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reaktion auf akuten Schmerz, chronischer Schmerz, Schmerzarten</li> </ul>	
<b>Schmerz wahrnehmen</b>		
<b>Algometrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reaktion auf Mimik, Gestik, Körperhaltung von Schmerzpatienten</li> <li>Anhaltspunkte zur Interpretation von Beobachtungen zum Verhalten gegenüber Schmerzpatienten</li> </ul>	
<b>Psychologische Aspekte des Schmerzes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstellung zu Schmerzerhebung, Schmerzmessung,</li> </ul>	



**Patientenvorstellung:** 55-jährige Frau mit metastasierendem Mamma-Karzinom. Die Patientin soll heute noch operiert werden. Die sprachliche Verständigung mit der Patientin gestaltet sich wegen ungenügender Deutschkenntnisse als schwierig. (Migrationshintergrund russisch)

**Pflegesituationen:** Vitalzeichenermittlung  
präoperative Vorbereitung: „Antithrombosestrümpfe anziehen“

vermitteltes Thema (Beobachtungs- kategorie)	Beobachtungskriterien/ Items	Interpretation Beobachtung/ Aktionsforschung 1
Der Schmerz im Pflegehandeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einflussfaktoren auf menschliches Handeln</li> <li>Schmerz als ein universeller Einflussfaktor des Handelns</li> <li>Rolle/Situation von Pflegenden bei der Betreuung von Schmerzpatienten</li> </ul>	empathisches Handeln nicht erkennbar
Der Umgang mit Schmerzpatienten in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Gespräch mit dem Schmerzpatienten</li> </ul>	Patientin zeigt Erkältungs-erscheinungen, keine Reaktion der Auszubildenden
Der Schmerzpatient- Charakterisierungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen im Kindesalter</li> <li>Schmerzen im Erwachsenenalter</li> <li>Schmerzen im betagten Alter</li> <li>Gender und Schmerz</li> <li>Kultur und Schmerz</li> </ul>	Besonderheiten nicht berücksichtigt
Den Schmerz erkennen, klassifizieren und verstehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reaktion auf akuten Schmerz, chronischer Schmerz, Schmerzarten</li> </ul>	Besonderheiten nicht berücksichtigt Besonderheiten nicht berücksichtigt, kein Lösungsversuch
Schmerz wahrnehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reaktion auf Mimik, Gestik, Körperhaltung von Schmerzpatienten</li> <li>Anhaltspunkte zur Interpretation von</li> </ul>	Keine empathischen Handlungen, Ausführen der funktionspflegerischen
Algometrie		

modernsten Tumorbildungserkenntnissen beruhenden Therapiekonzepten. Hierzu gehört auch die Teilnahme an multizentrischen Therapiestudien.

	Beobachtungen zum Verhalten gegenüber Schmerzpatienten	Tätigkeiten ohne Bezugspunkte zur Schmerzwahrnehmung
Psychologische Aspekte des Schmerzes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung zu Schmerzerhebung, Schmerzmessung, Schmerzdokumentation</li> </ul>	keine patientenbezogene Schmerzmessung erfolgt (Kultur!), Auszubildende wusste nicht, wo sich dieses Instrumentarium befindet
nichtmedikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung in speziellen Pflegesituationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• multimodale Herangehensweise</li> <li>• Empathie</li> <li>• Motivation</li> </ul>	
medikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung, Tumorschmerztherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Pflegeangebote wie:</u></li> <li>• Spezielle Lagerung</li> <li>• Kälte und Wärme</li> <li>• Naturheilverfahren</li> <li>• Basale Stimulation®</li> <li>• Ablenkung</li> <li>• gezielte Gespräche Entspannungstechniken</li> <li>• Atemtechniken</li> <li>• Massage</li> <li>• schmerzreduzierende Bewegungsabläufe</li> <li>• TENS</li> <li>• Physikalische Therapie</li> </ul> <p>(WHO Stufenschema)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflege bei Opioidaufnahme</li> <li>• Nebenwirkungen entgegenwirken</li> </ul>	

Tabelle 12: Beobachtungen/Aktionsforschung 1 (Quelle: Autor)

## Beobachtung/Aktionsforschung 2

**Datum:** 27.01.2009  
**Zeit:** 10.00 Uhr bis 10.45 Uhr  
**Situation:** Auszubildende Frau J. auf der Entbindungsstation<sup>91</sup>  
**Patientenvorstellung:** 28-jährige Wöchnerin. Die Frau ist am 4. Tag nach ihrer Entbindung.  
**Pflegesituationen:** Nahtkontrolle des Dammschnittes

<sup>91</sup> Familienorientierte Wochenbettbetreuung durch Krankenschwestern, Kinderkrankenschwestern und Hebammen 24-Stunden-Rooming-in Rückbildungsgymnastik, Offene Besuchszeiten, Kinderärztliche Untersuchungen (U1, Screening auf Stoffwechselkrankheiten) und Beratungsgespräche, Sonografien, Modernes Stillmanagement mit individueller Stillberatung und Anleitung, Stillzimmer, Gezielte Gespräche zur Allergieprävention

vermitteltes (Beobachtungs- kategorie)	Thema	Beobachtungskriterien/ Items	Anmerkungen zur Beobachtung/ Aktionsforschung 2
Der Schmerz im Pflegehandeln		Einflussfaktoren auf menschliches Handeln  Schmerz als ein universeller Einflussfaktor des Handelns  Rolle/Situation von Pflegenden bei der Betreuung von Schmerzpatienten	keine Empathie erkennbar
Der Umgang mit Schmerzpatienten in der Pflege		Das Gespräch mit dem Schmerzpatienten	Besonderheiten nicht berücksichtigt
Der Schmerzpatient- Charakterisierungen		Schmerzen im Kindesalter Schmerzen im Erwachsenenalter Schmerzen im betagten Alter Gender und Schmerz  Kultur und Schmerz	Besonderheiten nicht berücksichtigt (Frau nach Geburt!)
Den Schmerz erkennen, klassifizieren und verstehen		Reaktion auf akuten Schmerz, chronischer Schmerz, Schmerzarten	wenig empathisch: "Es wird kalt, wenn es weh tut, bitte Bescheid sagen."
Schmerz wahrnehmen		Reaktion auf Mimik, Gestik, Körperhaltung von Schmerzpatienten Anhaltspunkte zur Interpretation von Beobachtungen zum Verhalten gegenüber Schmerzpatienten	Keine Beachtung von Mimik und Körperhaltung, Funktionspflegerische Tätigkeit ohne Bezugspunkte zur Schmerzwahrnehmung
Algometrie		Einstellung zu Schmerzerhebung, Schmerzmessung, Schmerzdoku- mentation	Keine patientenbezogene Schmerzmessung erfolgt
Psychologische Aspekte des Schmerzes		multimodale Herangehensweise Empathie Motivation	
nichtmedikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung in speziellen Pflegesituationen		<u>Pflegeangebote, wie:</u> Spezielle Lagerung Kälte und Wärme <u>Naturheilverfahren</u> Basale Stimulation® Ablenkung	Die anwesende

medikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung, Tumorschmerztherapie	gezielte Gespräche Entspannungstechniken Atemtechniken Massage schmerzreduzierende Bewegungsabläufe TENS Physikalische Therapie  (WHO Stufenschema) Pflege bei Opioidaufnahme Nebenwirkungen entgegenwirken	Praxisanleiterin schlägt der Patientin ein Arnikaprodukt zur lokalen Schmerzlinderung vor ( ich erkenne hier im Ansatz den Anleitungsprozess für die Auszubildende)
--	---	---

Tabelle 13: Beobachtungen/Aktionsforschung 2 (Quelle: Autor)

### Beobachtung/Aktionsforschung 3

**Datum:** 27.01.2009  
**Zeit:** 12.00 Uhr bis 12.45 Uhr  
**Situation:** Auszubildender Herr K. auf der psychiatrischen<sup>92</sup> Privatstation  
**Patientenvorstellung:** 45-jähriger Patient mit psychosomatischen Ganzkörperschmerzen nach Herzinfarkt durch Medikamentenabusus  
**Pflegesituationen:** Kommunikation mit dem Patienten

vermitteltes Thema (Beobachtungskategorie)	Beobachtungskriterien/Items	Anmerkungen zur Beobachtung/Aktionsforschung 3
Der Schmerz im Pflegehandeln	Einflussfaktoren auf menschliches Handeln  Schmerz als ein universeller Einflussfaktor des Handelns  Rolle/Situation von Pflegenden bei der Betreuung von Schmerzpatienten	Fach- und Sozialkompetenz des Auszubildenden klar erkennbar, verhält sich zu all diesen Punkten sehr empathisch dem Patienten gegenüber, Rolle von Pflegekräften ist ihm bewusst
Der Umgang mit Schmerzpatienten in der Pflege	Das Gespräch mit dem Schmerzpatienten	verstehend, respektvoll
Der Schmerzpatient-Charakterisierungen	Schmerzen im Kindesalter	

<sup>92</sup> Behandlungsfelder: Psychosomatische Krankheiten Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen (stoffgebundene wie Alkohol und Medikamente sowie nicht-stoffgebundene wie Spiel-, Internet- und Sexsucht usw.), Burn-out, Angsterkrankungen und Panikstörungen/Persönlichkeitsstörungen

Den Schmerz erkennen, klassifizieren und verstehen	Schmerzen im Erwachsenenalter Schmerzen im betagten Alter Gender und Schmerz Kultur und Schmerz	Besonderheiten nicht berücksichtigt  Besonderheiten nicht berücksichtigt
	Reaktion auf akuten Schmerz, chronischer Schmerz, Schmerzarten	im Vorgespräch theoretisches Verständnis zum chronischen Schmerz
Schmerz wahrnehmen  Algometrie	Reaktion auf Mimik, Gestik, Körperhaltung von Schmerzpatienten Anhaltspunkte zur Interpretation von Beobachtungen zum Verhalten gegenüber Schmerzpatienten	
Psychologische Aspekte des Schmerzes	Einstellung zu Schmerzerhebung, Schmerzmessung, Schmerzdokumentation	
nichtmedikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung in speziellen Pflegesituationen	multimodale Herangehensweise Empathie Motivation	Im Vorgespräch theoretisches Verständnis Multimodaler Charakter
medikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung, Tumorschmerztherapie	<u>Pflegeangebote, wie:</u> Spezielle Lagerung Kälte und Wärme Naturheilverfahren Basale Stimulation® Ablenkung gezielte Gespräche Entspannungstechniken Atemtechniken Massage schmerzreduzierende Bewegungsabläufe TENS Physikalische Therapie  (WHO Stufenschema) Pflege bei Opioidaufnahme Nebenwirkungen entgegenwirken	

Tabelle 14: Beobachtungen/Aktionsforschung 3 (Quelle: Autor)

## Beobachtung/Aktionsforschung 4

**Datum:** 27.01.2009  
**Zeit:** 13.30 Uhr bis 14.15 Uhr  
**Situation:** Auszubildende Frau B. auf der neurologischen<sup>93</sup> Station

**Patientenvorstellung:** 60-jährige Patientin, Zustand nach Schlaganfall, halbseitige Lähmung, Demenz, Osteoporose, Rückenschmerzen, Kopfschmerzen  
**Pflegesituationen:** Begleitung der Patientin zum WC  
 Vitalzeichenermittlung

vermitteltes Thema (Beobachtungs- kategorie)	Beobachtungskriterien/ Items	Anmerkungen zur Beobachtung/ Aktionsforschung 4
Der Schmerz im Pflegehandeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einflussfaktoren auf menschliches Handeln</li> <li>Schmerz als ein universeller Einflussfaktor des Handelns</li> <li>Rolle/Situation von Pflegenden bei der Betreuung von Schmerzpatienten</li> </ul>	Empathisches Handeln nicht erkennbar
Der Umgang mit Schmerzpatienten in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Gespräch mit dem Schmerzpatienten</li> </ul>	Besonderheiten nicht berücksichtigt (Demenz)
Der Schmerzpatient- Charakterisierungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen im Kindesalter</li> <li>Schmerzen im Erwachsenenalter</li> <li>Schmerzen im betagten Alter</li> <li>Gender und Schmerz</li> <li>Kultur und Schmerz</li> </ul>	Besonderheiten nicht berücksichtigt Besonderheiten nicht berücksichtigt
Den Schmerz erkennen, klassifizieren und verstehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reaktion auf akuten Schmerz, chronischer Schmerz, Schmerzarten</li> </ul>	
Schmerz wahrnehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reaktion auf Mimik, Gestik, Körperhaltung von Schmerzpatienten</li> <li>Anhaltspunkte zur Schmerzwahrnehmung</li> </ul>	Keine empathischen Handlungen, ausführen der funktionspflegerischen Tätigkeiten ohne Bezugspunkte zur Schmerzwahrnehmung
Algometrie		

<sup>93</sup> Umfassende Diagnostik und Therapie sämtlicher neurologischer Erkrankungen nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Dies schließt neben der Akuttherapie auch die Langzeitbehandlung chronisch kranker Patienten mit ein. Für schwer kranke Patienten mit unheilbaren Leiden steht außerdem eine ausgewiesene palliativmedizinische Versorgung zur Verfügung.



Psychologische Aspekte des Schmerzes	<p>Interpretation von Beobachtungen zum Verhalten gegenüber Schmerzpatienten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung zu Schmerzerhebung, Schmerzmessung, Schmerzdokumentation</li> </ul>	(Punktionsstelle der Verweilkanüle tat weh)
nichtmedikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung in speziellen Pflegesituationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• multimodale Herangehensweise</li> <li>• Empathie</li> <li>• Motivation</li> </ul>	Keine Patientenbezogene Schmerzmessung erfolgt (Alter, Demenz!) Frage: "Waren die Schmerzen auszuhalten?"
medikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung, Tumorschmerztherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Pflegeangebote, wie:</u></li> <li>• Spezielle Lagerung</li> <li>• Kälte und Wärme</li> <li>• Naturheilverfahren</li> <li>• Basale Stimulation®</li> <li>• Ablenkung</li> <li>• gezielte Gespräche</li> <li>• Entspannungstechniken</li> <li>• Atemtechniken</li> <li>• Massage</li> <li>• schmerzreduzierende Bewegungsabläufe</li> <li>• TENS</li> <li>• Physikalische Therapie</li> </ul> <p>(WHO Stufenschema)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflege bei Opioidaufnahme</li> <li>• Nebenwirkungen entgegenwirken</li> </ul>	

Tabelle 15: Beobachtungen/Aktionsforschung 4 (Quelle: Autor)

### Beobachtung/Aktionsforschung 5

**Datum:** 27.01.2009  
**Zeit:** 14.30 Uhr bis 15.15 Uhr  
**Situation:** Auszubildende Frau H. auf der pädiatrischen<sup>94</sup> Station

<sup>94</sup> In enger Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen der Klinik und mit den niedergelassenen Ärzten wird eine kindgerechte, kompetente und umfassende Betreuung gewährleistet. Eine spezielle Umgebung und eine altersgerechte medizinische Zuwendung für Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr.

**Patientenvorstellung:** 14-jähriger Patient mit Schädel-Hirn-Trauma/Nasenbeinbruch durch Schlägerei

**Pflegesituationen:** Vitalzeichenermittlung, Pupillenreaktionstest

vermitteltes Thema (Beobachtungs-kategorie)	Beobachtungskriterien/ Items	Anmerkungen zur Beobachtung/ Aktionsforschung 5
Der Schmerz im Pflegehandeln	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einflussfaktoren auf menschliches Handeln</li> <li>Schmerz als ein universeller Einflussfaktor des Handelns</li> <li>Rolle/Situation von Pflegenden bei der Betreuung von Schmerzpatienten</li> </ul>	Empathisches Handeln nicht erkennbar
Der Umgang mit Schmerzpatienten in der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Gespräch mit dem Schmerzpatienten</li> </ul>	Keine empathische Haltung erkennbar
Der Schmerzpatient- Charakterisierungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schmerzen im Kindesalter</li> <li>Schmerzen im Erwachsenenalter</li> <li>Schmerzen im betagten Alter</li> <li>Gender und Schmerz</li> <li>Kultur und Schmerz</li> </ul>	Besonderheiten nicht berücksichtigt
Den Schmerz erkennen, klassifizieren und verstehen		
Schmerz wahrnehmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reaktion auf akuten Schmerz, chronischer Schmerz, Schmerzarten</li> </ul>	Fachkompetenz?
Algometrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reaktion auf Mimik, Gestik, Körperhaltung von Schmerzpatienten</li> <li>Anhaltspunkte zur Interpretation von Beobachtungen zum Verhalten gegenüber Schmerzpatienten</li> </ul>	Keine empathischen Handlungen, ausführen der funktionspflegerischen Tätigkeiten ohne Bezugspunkte zur Schmerzwahrnehmung
Psychologische Aspekte des Schmerzes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Einstellung zu Schmerzerhebung, Schmerzmessung,</li> </ul>	Keine empathischen Handlungen erkennbar

nichtmedikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung speziellen Pflegesituationen	Schmerzdokumentation	
medikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung, Tumorschmerztherapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• multimodale Herangehensweise</li> <li>• Empathie</li> <li>• Motivation</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Pflegeangebote, wie:</u></li> <li>• Spezielle Lagerung</li> <li>• Kälte und Wärme</li> <li>• Naturheilverfahren</li> <li>• Basale Stimulation®</li> <li>• Ablenkung</li> <li>• gezielte Gespräche Entspannungstechniken</li> <li>• Atemtechniken</li> <li>• Massage</li> <li>• schmerzreduzierende Bewegungsabläufe</li> <li>• TENS</li> <li>• Physikalische Therapie</li> </ul> (WHO Stufenschema) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflege bei Opioidaufnahme</li> <li>• Nebenwirkungen entgegenwirken</li> </ul>	

Tabelle 16: Beobachtungen/Aktionsforschung 5 (Quelle: Autor)

## 6 Ergebnissdarstellung „Aktionsforschung“

Die Anwendung eines zielgerichteten Kurriculums zur Anbahnung gewünschten Pflegehandelns am Schmerzpatienten sollte auf komplexes, selbstständiges und zielgerichtetes berufliches Handeln vorbereiten. Es wurde zielgerichtetes und empathisches Verhalten der Bildungsteilnehmer, sichtbar als spezifisches Handeln, in Verbindung mit der Schmerz Wahrnehmung erwartet.

Die Darstellung der Forschungsergebnisse umfasst die Einzelfallanalyse von fünf kriteriengeleiteten Beobachtungen innerhalb bestimmter Pflegesituationen.

Elsbernd (2000) bezieht sich auf Orlando, welche eine der wenigen Pflegewissenschaftlerinnen ist, die den Begriff Pflegesituation näher untersucht.

Sie stellt dar, dass eine Pflegesituation aus drei wesentlichen Elementen besteht: Verhalten der Patienten, Reaktion der Pflegenden und pflegerischen Handlungen

(vgl. Elsbernd, Astrid, 2000, S.42) Sie zeigt weiter auf, dass Pflegesituationen verschiedenen Störungen unterworfen sein können. Ebenso stellt sie fünf Voraussetzungen heraus, unter denen pflegerische Handlungen in Pflegesituationen den Patienten helfen und daher effektiv sein können, wenn:

- 1) Pflegende kennt Bedeutung des Patientenverhaltens, handelt erst dann mit spezifischer Aktivität, um die Bedürfnisse des Patienten zu decken.
- 2) Aktivität wird so ausgeführt, dass Patient der Pflegenden die Beeinflussung durch Information mitteilen kann.
- 3) Spezifisch benötigte Aktivität die Bedürfnisse des Patienten deckt und ihm geholfen hat.
- 4) Pflegende steht dem Patienten bei Bedürfnis nach Hilfe zur Verfügung.
- 5) Pflegende weiß, wie ihre Aktivität den Patienten beeinflusst.

(Elsbernd, Astrid, 2000, S. 45)

Die Aspekte der Voraussetzung entsprechen diesem Forschungsanliegen und bilden das zentrale Anliegen dieser fünf kriteriengeleiteten Beobachtungen.

Erkenntnis der Beobachtungen soll sein, dass die Bildungsteilnehmer das theoretisch erworbene Fachwissen über Schmerz praktisch anwenden können.

Des Weiteren sollen die Bildungsteilnehmer in der Lage sein, Schmerz wahrzunehmen, dem Schmerz prophylaktisch entgegenzuwirken und adäquate Pflegehandlungen anzubieten.

Beobachtbare Hauptaspekte (Kategorien) wurden durch die Literaturrecherche im Vorfeld der Untersuchungen erarbeitet. Alle stehen im Zusammenhang mit der Schmerzwahrnehmung. Sie sind auch Modultitel innerhalb des Kurriculums. Beobachtungsschwerpunkte stellen die Inhalte der Modultitel im Kurriculum dar. Diese inhaltlichen Größen sind wertvolle Anhaltspunkte in der Situation der Beobachtungen, weil sie erkennbar werden lassen, ob Schmerzwahrnehmung in der Praxis stattfindet.

Folgende Hauptaspekte, und deren Beobachtungsschwerpunkte stehen im Fokus der Beobachtungen:

## Hauptaspekte

## Beobachtungsschwerpunkte

Der Schmerz im  
Pflegehandeln

- Bestehen Einflussfaktoren auf das Handeln?
- Schmerz als ein universeller Einflussfaktor des Handelns

Der Umgang mit  
Schmerzpatienten in  
der Pflege

- Rolle/Situation von Pflegenden bei der Betreuung von Schmerzpatienten
- Finden Gespräche mit dem Schmerzpatienten statt?

Der Schmerzpatient-  
Charakterisierungen

- Schmerzen im Kindesalter
- Schmerzen im Erwachsenenalter
- Schmerzen im betagten Alter
- Gender und Schmerz
- Kultur und Schmerz

Den Schmerz  
erkennen,  
klassifizieren und  
verstehen

- Reaktion auf akuten Schmerz, chronischer Schmerz
- Schmerzarten erkennen

Schmerz wahrnehmen

- Reaktion auf Mimik, Gestik, Körperhaltung von Schmerzpatienten
- Verhalten gegenüber Schmerzpatienten

Algometrie

- Findet Schmerzerhebung statt? (Schmerzmessung, Schmerzdokumentation)

Psychologische  
Aspekte des  
Schmerzes

- multimodale Herangehensweise
- empathisches Verhalten?

nichtmedikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung in speziellen Pflegesituationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivation</li> <li>• <u>Pflegeangebote, wie:</u></li> <li>• Spezielle Lagerung</li> <li>• Kälte und Wärme</li> <li>• Naturheilverfahren</li> <li>• Basale Stimulation®</li> <li>• Ablenkung</li> <li>• gezielte Gespräche</li> <li>• Entspannungstechniken</li> <li>• Atemtechniken</li> <li>• Massage</li> <li>• schmerzreduzierende Bewegungsabläufe</li> <li>• TENS</li> <li>• Physikalische Therapie</li> </ul>
medikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung, Tumorschmerztherapie	(WHO-Stufenschema) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflege bei Opioidaufnahme</li> <li>• Nebenwirkungen entgegenwirken</li> </ul>

### **Beobachtungen/Aktionsforschung im Fall 1**

Die Tätigkeitsschwerpunkte der Auszubildenden Frau L. bei einer 55-jährigen Patientin mit metastasierendem Mamma – Karzinom waren folgende:

1. Vitalzeichen Ermittlung<sup>95</sup>
2. Anziehen von „medizinischen Thromboseprophylaxestrümpfen“.

Die Patientin sollte noch am selben Tag zur Operation. Medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe (MTS) werden im Rahmen der Thromboseprophylaxe, getragen. Sie dienen zur Kompression der oberflächlichen Beinvenen und steigern die Strömungsgeschwindigkeit des Blutes in den tieferen venösen Gefäßen.

Es bestanden sprachliche Barrieren (Migrationshintergrund Russisch).

Mimisch war erkennbar, dass sich die Patientin irgendwie nicht wohl fühlte und auch durch eine Erkältung beeinträchtigt war. Dieses nicht „wohl fühlen“ kann auch „Schmerz haben“ bedeuten. Im Rahmen des pflegerischen Schmerzmanagements

<sup>95</sup> Messung von Pulsfrequenz und Blutdruck

wäre jetzt erwünscht gewesen, dass Schmerz wahrgenommen beziehungsweise identifiziert wird.

Die Auszubildende Frau L. reagierte hier nicht entsprechend dieser Erwartung. Sie erfüllte lediglich die vorgegebenen Aufgabenstellungen.

Trotz bekannter nonverbaler Möglichkeiten der Schmerzeinschätzung, wurden der Patientin keine Pflegegebote gemacht.

### **Beobachtungen/Aktionsforschung im Fall 2**

Die Auszubildende Frau J. versorgte auf der Entbindungsstation eine 28-jährige Patientin, welche sich am vierten Tag nach der Entbindung befand. Der Tätigkeitsschwerpunkt war eine Nahtkontrolle des Dammschnittes. Die Frau hatte erkennbar Angst (vor Schmerz?). Bei Schmidt-Egger et al. (2012) finden sich folgende Aussagen: der Gesichtsausdruck entsteht durch das Zusammenspiel verschiedener Gesichtsmuskeln. Die Kontraktion der Muskeln, insbesondere um Mund und Augen, erfolgt dabei in Bruchteilen von Sekunden.

Hier offenbaren sich unsere Gefühle und Absichten, wir zeigen damit anderen, was wir wollen (Appellebene).

Mit der Zeit schreiben sich Lebenseinstellung, Erlebnisse und Erfahrungen in ein Gesicht ein und prägen den individuellen Ausdruck. Gesichtsmuskeln sind aber auch bewusst zu aktivieren. Wir können also auf Kommando ein betretenes, fröhliches oder ernstes Gesicht machen. Doch das ist eher schwierig und gelingt selten wirklich überzeugend. Größtenteils flackert von uns unbemerkt und meistens ungewollt jedes Gefühl, jeder aufkommende Gedanke über unser Gesicht. Enttäuschung, Hoffnung, Freude, Schmerz, Missgunst oder Anteilnahme.(vgl. Schmidt-Egger, Christian; Krüll, Caroline, 2012)

Die Auszubildende reagierte nicht. Sie erfasste die typische Mimik und Körperhaltung der Patientin nicht. Bei Betrachtung des Dammschnittes sagte sie zur Patientin sinngemäß: "Es wird kalt, wenn es weh tut, bitte Bescheid sagen."

Frau J. erfüllte nur die vorgegebene Aufgabenstellung und nahm die nonverbalen Signale der Patientin nicht wahr. Sie deutete weder Anzeichen für Angst noch Anzeichen für Angst vor einer schmerzhaften Prozedur.

### **Beobachtungen/Aktionsforschung im Fall 3**

Der Auszubildende Herr K. sollte auf einer psychiatrischen Privatstation einen 45-jährigen Patienten mit psychosomatischem Ganzkörperschmerz betreuen. Vordergründige Pflegeaufgabe war es, sich im Gespräch mit dem Patienten über seinen Schmerz zu erkundigen. Der Auszubildende verhielt sich im Vorgespräch und in der Patientenvorstellung patientenorientiert und empathisch in Bezug zur Schmerzkrankheit. Die Kommunikation mit dem Patienten war in Richtung Schmerzwahrnehmung ausgerichtet, aber es kamen keine unterstützenden Assessments zur Schmerzmessung zum Einsatz.

### **Beobachtungen/Aktionsforschung im Fall 4**

Die Auszubildende Frau B. versorgt auf einer neurologischen Station eine 60-jährige Schmerzpatientin (chronische Rückenschmerzen) nach einem Schlaganfall. Eine Begleitung zur Toilette und die Vitalzeichenermittlung sind durchzuführen. Die Patientin leidet zusätzlich an Demenz.

Dieser Aspekt wird von der Auszubildenden nicht berücksichtigt. Es findet keine spezifische Schmerzmessung mit adäquaten Assessments statt. Die Auszubildende fragt die Patientin sinngemäß, nachdem sie erfuhr, dass diese nachts Schmerzen hatte: „Waren die Schmerzen auszuhalten?“ Hier gibt es nicht mal im Ansatz patientenorientiertes, empathisches Verhalten. Frau B. erfüllte, nur die vorgegebenen Pflegeaufgaben.

### **Beobachtungen/Aktionsforschung im Fall 5**

Die Auszubildende Frau H. versorgt auf einer pädiatrischen Station einen 14-jährigen Patienten mit einem Schädelhirntrauma.

Pflegeaufgaben waren:

1. Vitalzeichenermittlung
2. Kontrolle der Pupillenreaktion<sup>96</sup>

Frau H. erkundigte sich nicht nach Schmerzen (obwohl der Patient ein großes Hämatom<sup>97</sup> im Gesicht hatte). Frau H. erfüllte nur die vorgegebenen Pflegeaufgaben.

---

<sup>96</sup> Kontrolle der Pupillenreaktion: Bei einseitiger Lichteinstrahlung, zum Beispiel mittels einer Pupillenleuchte, verengt sich sowohl die Pupille des angestrahlten Auges (direkte Reaktion), als auch die des Gegenauges (konsensuelle oder indirekte Reaktion). Die Ergebnisse der Pupillenkontrolle können auf verschiedene neurologische Probleme hinweisen.

<sup>97</sup> Bluterguss



Erkennbar wurde, dass die Bildungsteilnehmer das theoretisch erworbene Fachwissen über Schmerz praktisch nur ungenügend anwenden können.

Sie waren nicht in der Lage, Schmerz wahrzunehmen, dem Schmerz prophylaktisch entgegenzuwirken und adäquate Pflegehandlungen anzubieten. Schlussfolgernd wird klar, dass die Bildungsteilnehmer mögliche Situationen rund um die Schmerzwahrnehmung nicht bewusst aufgenommen haben.

Warum ist das so? Erkenntnis ist, dass die Lernform verändert werden muss. Die fast ausschliesslich frontale Vermittlung von vierzig Unterrichtsstunden könnte zu dem Negativergebnis geführt haben. Eine mögliche Erklärung findet sich bei Kolb und Fry (1975). Sie erklären, dass jeder Lernprozess zumeist damit beginnt, dass die Lernenden ihre jeweiligen Erfahrungen austauschen und darüber diskutieren, welchen Effekt welche Maßnahme in der jeweiligen Situation zur Folge hätte. Die Bildungsteilnehmer verfügten über Erfahrungen im Umgang mit Schmerzpatienten, denn sie waren zum Forschungszeitpunkt bereits im 2. Ausbildungsjahr. Kolb und Fry schlagen weiter vor, im nächsten Schritt mit den Lernenden diese Effekte in spezifischen Fallbeispielen verstehen zu lernen, so dass ihnen dieses Wissen in einer ähnlichen Situation mit ähnlichen Umständen zur Verfügung steht. Kolb und Fry gehen davon aus, dass der theoretische Input den Lernenden dabei hilft, die gemachten Erfahrungen in den jeweiligen Situationen mit Wissen zu unterfüttern. Somit wird das Erfahrungswissen generalisiert. (vgl. Kolb, David A.; Fry, Ron in: Kasztner, Andrea, 2009, S. 58-59)

Eine weitere mögliche Erklärung für das nicht eingetretene, erwartete Forschungsergebnis, findet sich zum Aspekt der bewussten Wahrnehmung bei Roth (2001). Roth verdeutlicht, dass bewusste Wahrnehmung detailreich ist und eine flexible Handlungssteuerung ermöglicht. Kämen Emotionen ins Spiel, wäre das sicher ein Schritt in Richtung Bewusstwerdung beziehungsweise Schmerzwahrnehmung. Bedeutet dies, dass Schmerz als Emotion erlebt werden muss, um wahrgenommen zu werden? Dann bekäme nur der Schmerzpatient Aufmerksamkeit, der Schmerz als Emotion zeigt beziehungsweise diese äußert. An diesem Punkt identifiziert sich der Bedarf eines Trainings für die Bildungsteilnehmer. Werden Emotionen nicht bewusst erlebt, dann können sie zwar unmittelbare motorische und vegetative Reaktionen hervorrufen, aber nicht in die komplexe kortikale Informationsverarbeitung eingreifen. (Roth, Gerhard, 2001, S.273)

Die nächste interessante Frage, die sich auch Roth stellte, wäre, ob eine Vermeidungshandlung bewusst oder unbewusst vollzogen wird. Eine mögliche Folge einer unbewussten Vermeidungshandlung könnte das duldsame Erleiden von problembehafteten Situationen sein.

Unter nochmaliger Berücksichtigung dieser Aussagen und nach Darstellung der Ergebnisse, lassen sich anhand der Eingangs aufgestellten Hypothesen folgende Aussagen treffen.

Der Einsatz des Kurriculums zur ausgewählten Thematik „Schmerzpatienten in der Pflege“ war gerechtfertigt. Im Vergleich Zielstellung und Ist-Situation sollten die Konstruktion des Kurriculums, die Unterrichtsmethoden und der Zeitpunkt<sup>98</sup> des Einsatzes nochmals durchdacht werden. Der Begriff „Pflegerbeziehung“ muss berücksichtigt werden. Denn am Ende taucht die Frage auf, ob Pfleger keine Pflegerbeziehung herstellen können. Jedoch haben Patienten besondere Erwartungen an die Pflegenden, es entsteht eine Beziehung zum Patienten. Somit können Patienten von ihnen zu recht erwarten, dass die Pflegenden einfühlsam und verständlich mit ihnen reden und eine akzeptierende und fördernde Haltung einnehmen.

Nach Rogers lässt sich möglicherweise die Pflegerbeziehung zum Schmerzpatienten positiv beeinflussen. Rogers (2004) formuliert, dass der Mensch dazu tendiert, die ihm innewohnenden Möglichkeiten zu entfalten. Unter günstigen Umständen geschieht dies auf eine konstruktive, sozial verbindende Weise. (vgl. Rogers, Carl; 2004, S. 27) Rogers Grundvariablen sind hierfür: Einfühlsames Verstehen (Empathie), Echtheit (Selbstkongruenz) und emotionale Wertschätzung (Akzeptanz). Über Rogers entstehen wichtige Zusammenhänge zur Schmerzwahrnehmung von Pflegenden. Im Folgenden werden seine Aspekte in Zusammenhang mit der Schmerzwahrnehmung gebracht:

Der Aspekt des einfühlsamen Verstehens (Empathie): Pfleger versuchen sich in das Erleben der Patienten einzufühlen. Die Welt des Schmerzpatienten zu erspüren, sich in die Situation der Betroffenen hineinversetzen zu können, kann eine Basiskompetenz zur gelungenen Schmerzwahrnehmung sein.

---

<sup>98</sup> Zeitpunkt meint, zu welchem Zeitpunkt der Ausbildung das Thema Schmerz vermittelt wird, aber auch ob die Thematik in Teilen vermittelt werden sollte. Dann könnte nach jeder Teilvermittlung ein evaluierter Praxiseinsatz erfolgen.

Dabei werden nicht nur die Emotionen erfasst, die dem Patienten direkt zugänglich sind, sondern auch die, die der Patient vielleicht schon spürt und nicht in Worte fassen kann. Gerade dies ist wichtig für Pflegende, damit sie Schmerzen ihrer Patienten aufspüren und wahrnehmen können.

Der Aspekt der Echtheit (Selbstkongruenz) ist die grundlegendste Bedingung einer guten Beziehungsgestaltung und stellt sich dar im Wahrnehmen und Sensibelsein der Pflegekraft für eigene emotionale Erlebnisinhalte einerseits und das Sichtbarwerden dieser Gefühle andererseits. Laut Rogers lässt sich hier feststellen, dass eigene emotionale Erlebnisinhalte im Zusammenhang mit dem Aspekt Schmerz, das heißt die Einstellung zum Schmerz, nach außen sichtbar werden. Das heißt, dass Gefühle der Pflegekraft nach außen sichtbar werden. Hier könnte eine Beeinflussung der Schmerzwahrnehmung zustande kommen. Ob dieser Einfluss positiver Art ist, wäre zu untersuchen. Trotz allem stellt dieser Aspekt ein Potential dar.

Der Aspekt der emotionalen Wertschätzung (Akzeptanz) besagt, dass die Pflegekraft ihrem Patienten als eine Person mit vielen konstruktiven Möglichkeiten, tiefe und echte Zuwendung entgegenbringt und sie auch äußert. Diese Zuwendung ist frei von Beurteilungen und Wertungen. Die Pflegekraft schätzt den Patienten, weil sie ihn nicht an bestimmte Bedingungen gebunden sieht. Daraus könnte resultieren, dass das Schmerzerleben des Patienten akzeptiert wird. Im Zusammenhang mit dem Aspekt Schmerzwahrnehmung lässt sich feststellen, dass unter Berücksichtigung des Aspektes der emotionalen Wertschätzung, Schmerzspitzen beziehungsweise Intensitäten durch Pflegende akzeptiert werden können. Rogers Ansätze sind wertvoll für die Beziehungsarbeit. Interessant bleibt nach wie vor folgende Fragestellung:

Warum konnten die Pflegeauszubildenden in den fünf Fällen keine Pflegebeziehung zu ihren Patienten aufbauen beziehungsweise eingehen?

Die Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden kann für das Gelingen der pflegerischen Maßnahmen eine zentrale Rolle spielen. Auf Pflege angewiesen zu sein, kann mit vielen Ängsten verbunden sein. Furcht vor Krankheit und dem Verlust der Mobilität und Sorge, die eigenen Bedürfnisse und Gewohnheiten einschränken zu müssen, rücken in den Vordergrund. Eine Pflegebeziehung aufzubauen bedeutet,

diesen Ängsten und Nöten auf ehrliche und offene Weise zu begegnen. Hierzu können, wie erwähnt, Rogers Grundsätze Anwendung finden.

Grundsatz für die Beziehungsarbeit ist die ganzheitliche Pflege. Sie kann nur in Form der Bezugspflege durchgeführt werden. Bezugspflege ist ein patientenorientiertes Pflegesystem. Das heißt, eine Pflegeperson läßt sich auf einen Patienten ein. Diese Beziehung beinhaltet zu allererst eine Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für die zu betreuenden Patienten. Liegt in dieser Aussage schon die Antwort auf die Frage danach, ob die Pflegenden nicht in der Lage sind, eine Pflegebeziehung aufzubauen? Auszubildende sind auf Grund ihres Status noch nicht voll zuständig und voll verantwortlich für zu betreuende Patienten. Empirisch ist bekannt, dass Pflegeauszubildende oft nur für Teilhandlungen am Patienten zuständig sind. Somit könnte das bedeuten, dass für die Beziehungsgestaltung nur vollständige Handlungen Grundlagen darstellen. Folgende Hypothesen könnten sich als Voraussetzung zur Anbahnung einer Pflegebeziehung ergeben:

- Vorhandensein eines richtigen Maßes von Nähe und Distanz
- Vorhandensein von fachlichem Wissen und Können
- Vorhandensein von Interesse am und Zuwendung zum Patienten
- Vorhandensein von Akzeptanz des Patienten als Partner
- Vorhandensein von Verantwortungsgefühl, -bereitschaft, und -übernahme sowie
- Einbeziehung des Patienten und seines sozialen Umfeldes (Angehörige) in die Pflege

Insgesamt liefern diese Hypothesen erste plausible Erklärung dafür, warum die Pflegeauszubildenden noch nicht in der Lage sein können, eine Pflegebeziehung zu gestalten. Sie erfüllen die genannten Voraussetzungen noch nicht beziehungsweise sie können sie noch nicht erfüllen. Grund ist ihr Ausbildungsstand beziehungsweise ihre Reife als Pflegeperson. In der Pflegebeziehung treffen immer zwei Menschen aufeinander – ein Patient und ein professionell Handelnder. Das Instrument, dessen sich die Pflegekraft in der Beziehungspflege bedient, ist sie selbst. In dem Maß, in dem sich eine Pflegeperson selbst erkennt, wird sie in der Beziehung eine andere Person erkennen können.

Eine Pflegekraft kann sich nicht aus der Beziehung nehmen. Sie ist Teil der Beziehung. Beziehungspflege ist der Inhalt, die Organisationsformen Bezugspflege, Bereichspflege und so weiter bilden den Rahmen.

## **6.1 Diskussion und Schlussfolgerungen**

Am Lernort Praxis sollten die Bildungsteilnehmer dem Schmerzpatienten gegenüber patientenorientiertes, empathisches Verhalten zeigen.

Anhand der gezielten Beobachtungen sollte erkennbar sein, dass die Bildungsteilnehmer das bisher theoretisch erworbene Fachwissen zum Thema Schmerz schon praktisch anwenden können.

Differenzierter gesagt, sollten die Bildungsteilnehmer bereits in der Lage sein, Schmerz wahrzunehmen, Schmerz prophylaktisch entgegenzuwirken und adäquate Pflegehandlungen anzubieten.

### Die Hypothesenprüfung ergibt:

1. Im Hinblick auf die Schmerzwahrnehmung zeigte nur ein Bildungsteilnehmer ansatzweise in der Kommunikation mit dem Schmerzpatienten patientenorientiertes, empathisches Verhalten.

Am Ende steht folgende Frage: Warum zeigten die Bildungsteilnehmer nicht das gewünschte Verhalten?

- Als einschränkend für die Interpretation der Ergebnisse könnte hier die vorherrschende Situation der Beobachtungen genannt werden. Diese Situation könnte vom Bildungsteilnehmer als etwas "Aufregendes beziehungsweise Ängstigendes" empfunden werden. Schließlich ist der Lehrer in der Klinik und beobachtet, protokolliert aber kommuniziert nicht; ähnlich einem Prüfungsprozedere. Es herrscht eine angespannte Atmosphäre. Diese könnte den Blick auf die Schmerzwahrnehmung verändert haben.
- Könnte der Aspekt „Empathie“, wenn er stärker in den Fokus des Kurriculums genommen wird, zu einem besseren Ergebnis im Pflegehandeln der Bildungsteilnehmer hinsichtlich der Schmerzwahrnehmung führen? Vielleicht wäre es auch interessant, die Biografien der Bildungsteilnehmer, im Hinblick auf die

Schmerzwahrnehmung, zu durchleuchten. Hier könnte sich auch ein neuer Ansatz für das Curriculum ergeben.

Für diese Fragen bleiben Antworten offen. Leider schloss sich eine Befragung der Auszubildenden nicht an, denn dann gäbe es sicher schon Aufschlüsse.

So bleiben folgende Überlegungen für kommende Untersuchungen:

- Warum waren die Bildungsteilnehmer in den Beobachtungssituationen so stark mit der Erfüllung vorgegebenen Aufgaben beschäftigt?
- Kann die Vorgabe von Aufgabenstellungen den Blick enger werden lassen?
- Ist die Situation zu einzigartig, sodass sie den Blick verengt?
- Wie lässt sich diese Situation verbessern?

Daraus resultierend ergeben sich folgende Überlegungen:

Es kann sein, dass die Konstruktion des Kurriculums überdacht werden muss. Das Curriculum beinhaltet Handlungsfelder, die in Beziehung zur Schmerzwahrnehmung stehen. Neue Überlegungen mit Bezug zum Lernfeldkonzept ergeben sich:

Bischoff Wanner (2004) sieht die beruflichen Handlungsfelder als zusammengehörige Aufgabenkomplexe mit beruflichen, lebens- und gesellschaftsbedeutsamen Handlungssituationen, zu deren Bewältigung befähigt werden soll. Ausgangspunkt zur Erarbeitung von Lernfeldern ist das berufliche Handeln. Im Berufsfeld werden Handlungsfelder identifiziert, das heißt es werden Handlungszusammenhänge der Praxis herausgearbeitet. Lernfelder sind aus beruflichen Handlungsfeldern entwickelt und in den Rahmenrichtlinien festgeschrieben. Sie enthalten Zielformulierungen, sind didaktisch begründet und theoretisch aufbereitet. Hierdurch soll den Bildungsteilnehmern die notwendige Handlungskompetenz vermittelt werden. Auf Grundlage der Lernfelder können konkrete Lernsituationen entwickelt werden. Diese Lernsituationen konkretisieren und präzisieren diese und stellen die Ebene dar, auf der die beruflichen Handlungskompetenzen vermittelt werden. Berufliche Probleme oder Aufgabenstellungen müssen entwickelt werden, die es im Unterricht handlungsorientiert zu bearbeiten gilt. Auf diese Weise werden die in den Zielformulierungen der Lernfelder aufgeführten Kompetenzen erworben. (Bischoff-Wanner, Claudia, 2004) Bezugnehmend auf das Resümee in Kapitel 6 „Ergebnisdarstellung Aktionsforschung“, muss die Pflegebeziehung in das Zentrum der curricularen

Konstruktion gerückt werden. Es muss von Lernsituationen ausgegangen werden. Die Neukonstruktion einer „Lernsituation am Beispiel Schmerzpatient“ steht in Bezug zum Lernfeld zu den Prüfungsbestimmungen für die mündliche, schriftliche und praktische Prüfung der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege:

(1) Der schriftliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Themenbereiche der Anlage 1 Buchstabe A:

1. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten,
2. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten,
3. Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbestimmungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten.<sup>99</sup>

(1) Der mündliche Teil der Prüfung erstreckt sich auf die folgenden Themenbereich der Anlage 1 Buchstabe A:

1. Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten,
2. berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen,
3. bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken und in Gruppen und Teams zusammenarbeiten.<sup>100</sup>

(1) Der praktische Teil der Prüfung erstreckt sich auf die Pflege bei einer Patientengruppe von höchstens vier Kindern oder Jugendlichen. Der Prüfling übernimmt in dem Fachgebiet seines Differenzierungsbereichs nach Anlage 1 Buchstabe B, in dem er zur Zeit der Prüfung an der praktischen Ausbildung teilnimmt, alle anfallenden Aufgaben einer prozessorientierten Pflege einschließlich der Dokumentation und Übergabe. In einem Prüfungsgespräch hat der Prüfling sein Pflegehandeln zu erläutern und zu begründen sowie die Prüfungssituation zu reflektieren. Dabei hat er nachzuweisen, dass er in der Lage ist, die während der Ausbildung erworbenen Kompetenzen in der beruflichen Praxis anzuwenden sowie

---

<sup>99</sup> Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) Ausfertigungsdatum: 10.11.2003, S.4

<sup>100</sup> Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) Ausfertigungsdatum: 10.11.2003, S.5

befähigt ist, die Aufgaben in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gemäß § 3 Abs. 1 des Krankenpflegegesetzes eigenverantwortlich auszuführen.<sup>101</sup>

Unter Berücksichtigung dieser Prüfungsvorgaben und im Hinblick auf die Anbahnung einer Schmerzwahrnehmungsfähigkeit, könnte die Lernsituation „Beziehungsaufbau in der Pflege bei betagten Schmerzpatienten mit Arthrose“ (vierzig Stunden) so aussehen:

<b>Themenbereiche (mögliche Lernfelder)</b>	<b>Inhalte</b>	<b>Stunden</b>
Theoretische Grundlagen	Gesundheit/Krankheit/Behinderung (WHO, Pathogenese, Salutogenese) Begriff: Schmerz, Schmerzarten	4
Theoretische Grundlagen	Zelle und Gewebe (Osmose, Diffusion) Pathophysiologie des Schmerzes Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Arthrose als Krankheitsbild) Medikamentöse Schmerztherapie	6
Personen- und situationsbezogene Pflege	Grundlagen der Beobachtung (objektive und subjektive Beobachtung) Krankenbeobachtung (Gangbild, Bewegungsabläufe, Schonhaltung bei Schmerz), Algometrie, Psychologie des Schmerzes	4
Personen- und situationsbezogene Pflege	Altersbilder früher und heute (Lebenserwartung, Vorstellungen vom Altsein) Schmerz im Alter Alterungsprozesse (biologisches Alter, kalendarisches Alter, altersbedingte Veränderungen), Pflegebedürftigkeit,	6
Anleitung, Beratung, Führen von Gesprächen	Kommunikation beziehungsweise Umgang mit Schmerzpatienten	
Theoretische Grundlagen	Aspekte der persönlichen Gesundheitsförderung (Achtsamkeit, Rückenschule, Kinästhetik) Expertenstandard chronischer Schmerz	2 4
Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege	Unterstützung bei der Mobilität (Umgang mit Hilfsmittel, Kinästhetisches Handling, Bobath-Konzept, Lagerungen), nichtmedikamentöse Interventionen bei Schmerz	6
Planung, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege	Hilfsmittel und Orthesen (Einsatz, Training mit dem alten Menschen, Auswahl und Notwendigkeit, Absprache und Beschaffung) Anleitung und Übungen bei krankheitsbedingten Einschränkungen	4

<sup>101</sup> Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) Ausfertigungsdatum: 10.11.2003, S.6



	(Mobilisation, Transfer, rückschonendes Arbeiten, Hilfestellung nach Endoprothesenerhalt)	
Zeitrhythmus		40 Std.
<b>Zieldimensionen (auf den Theorieblock bezogen, das heißt kognitiver Schwerpunkt):</b>	<p>Der Bildungsteilnehmer kann die Begriffe Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Schmerz definieren.</p> <p>Der Bildungsteilnehmer kennt den Aufbau von Zelle und Gewebe und die pathophysiologischen Vorgänge bei Schmerz.</p> <p>Der Bildungsteilnehmer kennt den Aufbau, die Funktion des menschlichen Bewegungsapparates, Arthroseentstehung.</p> <p>Der Bildungsteilnehmer kennt und kann Schmerzarten bestimmen.</p> <p>Der Bildungsteilnehmer kennt den Beobachtungsprozess und wendet diesen gezielt in der Krankenbeobachtung an. Er kennt verbale und nonverbale Schmerzäußerungen.</p> <p>Der Schüler kann Hilfebedarf im Kontext von Alterungsprozessen, Altersbilder und Schmerz ermitteln. Er verwendet geeignete Schmerzassessments und führt die Algometrie durch.</p> <p>Der Bildungsteilnehmer kann Aspekte der persönlichen Gesundheitsförderung benennen und präventive Maßnahmen anwenden.</p> <p>Der Bildungsteilnehmer kann Menschen mit Schmerzen unterstützen. Er kann Schmerz wahrnehmen.</p> <p>Der Bildungsteilnehmer intensiviert seine Beziehungen innerhalb der Lerngruppe.</p>	
<b>Hinweise für die Einführung der Lernsituation:</b>	Bildbetrachtung nonverbalen Schmerzausdrucks (Körperhaltung, Mimik, Gestik)	
<b>Hinweise zu den Methoden:</b>	Film, anatomische Modelle, szenische Darstellung von Gangbildern und Bewegungsabläufen, Betrachten von Fotos von früher und heute, praktische Übungen innerhalb der Klasse zur Algometrie, Expertenbefragung (Sanitätshaus, Pflegekraft von der orthopädischen Station )	
<b>Hinweise zu Praxisaufgaben:</b>	Es ist kein schriftlicher Praxisauftrag vorgesehen.	
<b>Lernziele für die Praxis:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Bildungsteilnehmer können alte und kranke Menschen gezielt zum Schmerz beobachten und geben ihre Erkenntnisse fachgerecht weiter (zum Beispiel Gangbild, Bewegungsabläufe, Verhalten bei Schmerz).</li> <li>• Die Bildungsteilnehmer können einen alten Menschen beim Aufstehen und Gehen unterstützen und bieten nichtmedikamentöse Interventionen gegen Schmerz an.</li> <li>• Der Bildungsteilnehmer wendet rückschonende Arbeitsweisen an.</li> <li>• Der Bildungsteilnehmer führt die Schmerzmessung und deren Dokumentation durch. Er kann danach die Schmerzstärke einschätzen und schmerzreduzierende Pflegemaßnahmen anbieten.</li> <li>• Der Bildungsteilnehmer lagert gemeinsam mit</li> </ul>	

	seinem Praxisanleiter einen Menschen nach Endoprothesenoperation. • Der Bildungsteilnehmer kann seine Empfindungen bezüglich Nähe, Distanz und Schmerzwahrnehmung beschreiben, zum Beispiel in seinem Lerntagebuch.	
--	--	--

Tabelle 17: Lernsituation Beziehungsaufbau in der Pflege bei betagten Schmerzpatienten mit Arthrose

Um den Anforderungen gerecht zu werden, die an unsere künftigen Gesundheits- und Krankenpfleger gestellt werden, steht vor jedem Lehrenden die Aufgabe, seinen Unterricht berufsorientiert zu gestalten. Nur so kann sich der Auszubildende bereits im Theorieunterricht auf seine berufliche Tätigkeit einstellen und vorbereiten. Schließlich geht es dabei auch um den Erwerb von Schlüsselqualifikationen und einen gelungenen Theorie-Praxis-Transfer. Die Vermittlung und Anbahnung beruflich notwendiger Kompetenzen muss in der Ausbildung stattfinden. Die Grundlagen für eine Weiterentwicklung dieser Kompetenzprofile sollten bereits auch schon in der Pflegeausbildung gelegt werden (Robert Bosch Stiftung, 2001).

Praktikabel und für den Bildungsteilnehmer verständlich umsetzbar sind jedoch vorrangig solche Bildungsinhalte, die einen direkten Bezug zur beruflichen Tätigkeit beinhalten, für die Auszubildenden ein Problemthema darstellen und deren Ergebnis sich gut in die Praxis transferieren lässt. Durch eine Emotionsregulierung könnte die Bewegungsrichtung kontrolliert und die Handlungsfähigkeit aufrechterhalten werden. Am Ende dieser Forschung entstand der Eindruck, dass im Vorfeld, bei der Unterrichtsplanung, ein anderer Ansatz hätte gewählt werden können.

Ein Erklärungsversuch ergibt sich unter zur Hilfenahme von Klafki (vgl. Jank, Werner; Meyer, Hilbert 2002, S. 205).

Klafki (2002) hat in der kritisch-konstruktiven Didaktik, analog zu den fünf didaktischen Grundfragen, einen Katalog von sieben Aspekten vorgeschlagen, den er zum (vorläufigen) Perspektivenschema zur Unterrichtsplanung zusammenfasst und um eine Bedingungsanalyse ergänzt. Denkbar wäre, nachfolgende Grundfragen Klafkis zur Strukturierung der Unterrichtsvorbereitung in Bezug zum Thema Schmerz zu nutzen. Klafkis Gegenwartsbedeutung, bezogen auf diese Forschung, fragt nach dem geistigen Leben der Bildungsteilnehmer beziehungsweise welche Bedeutung das Thema Schmerz in der täglichen Arbeit bei der Pflege der Patienten hat.

Während der Praxiseinsätze begegnen den Auszubildenden viele Menschen, die Schmerzen haben. Es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Bildungsteilnehmer Kenntnis zur Schmerzentstehung, zu Einflussfaktoren, zur

Unterscheidung zwischen akutem und chronischem Schmerz sowie dessen Behandlung erlangen, um Erlebtes besser einordnen und verarbeiten zu können. Auch ist eine Zunahme alter, multimorbider Schmerzpatienten im Klinikalltag zu verzeichnen. Diese Tatsache verlangt von den Bildungsteilnehmern besonderes Einfühlungsvermögen. Es ist ein besonderes Ziel, mithilfe des Themas die Bildungsteilnehmer zu sensibilisieren und in Anbetracht der symptomatischen Besonderheiten von Schmerzen, neben fachlichen, auch empathische Fähigkeiten zu erwerben. Klafkis Zukunftsbedeutung geht insbesondere der Frage nach, worin die Wichtigkeit des Themas für die Zukunft der Bildungsteilnehmer liegt. Demografischer Wandel und Multimorbidität der Gesellschaft haben zur Folge, dass Krankheiten existieren, die mit Schmerzen verbunden sind. Aus dieser Tatsache heraus ist es notwendig, dass die zukünftigen Gesundheits- und Krankenpflegekräfte über grundlegende kommunikative, fachliche, soziale und empathische Kompetenzen verfügen. In unterrichtlichen Situationen gilt es, diese Kompetenzen zu erwerben und an ausgewählten Krankheitsbildern interdisziplinäre Zusammenarbeit zu demonstrieren. Denkbar wären Bearbeitungen und Diskussionen am konkreten Fallbeispiel.

Die Anwendung Klafkis beschriebener exemplarischer Bedeutung des Unterrichtsinhalts könnte es ermöglichen, einen Theorie-Praxis-Transfer zu gewährleisten. Hier sollen die Bildungsteilnehmer mögliche Pflegehandlungen an konkreten Fallbeispielen von Schmerzpatienten erlernen und diese in der Pflegepraxis abrufen können. Hier sind fachliche, empathische und kommunikative Kompetenzen gefragt, denn es geht um den Aufbau einer guten Pflegebeziehung. Die Anwendung des Lernfeldkonzeptes könnte die von Klafki beschriebene thematische Struktur bilden. Dann ginge es im konkreten um Lernsituationen, das Wissen vorher vermittelter Themen zu nutzen. Ein gutes Beispiel liefert das Thema „Schmerzassessment“. Das Messen beziehungsweise Wahrnehmen von Schmerzen bestimmter Patientengruppen gelingt nur durch vorangegangenen Wissensinput. So sollte das Krankheitsbild Demenz bekannt sein, damit die Schmerzmessung beim dementiellen Menschen gelingt. Auch sollten die Entwicklungsphasen von Babys, Kleinkindern und Jugendlichen bekannt sein, um zum Beispiel Entscheidungen zur Auswahl des Schmerzassessmentverfahrens zu treffen.

Nach Klafki sollten Möglichkeiten der Anschaulichkeit beziehungsweise Darstellbarkeit einen Zugang zum Unterrichtsinhalt schaffen. Welches sind die besonderen Ereignisse, Situationen, Versuche in oder an denen die Struktur des jeweiligen Inhalts den Bildungsteilnehmern, interessant, fragwürdig, begreiflich, anschaulich, eben zugänglich werden kann? Das Anbringen literarischer Aspekte, epidemiologischer Fakten und kultureller Unterschiede könnte das Interesse der Bildungsteilnehmer wecken und die Praxisrelevanz unterstreichen.

Einbindung der Beobachtungsprotokolle in die empirische Auswertung (Fließtext);

Exemplarisches lässt sich Folgendes darstellen:

Durch die Beobachtungen wurde erkennbar, dass die Bildungsteilnehmer das theoretisch erworbene Fachwissen über Schmerz praktisch nur ungenügend anwenden können. Die Rolle/Situation von Pflegenden bei der Betreuung von Schmerzpatienten war in keiner Situation zu beobachten. Die Auszubildenden waren nicht in der Lage, Schmerz wahrzunehmen und adäquate Pflegehandlungen anzubieten, obwohl ihnen folgende Inhalte bzw. Konzepte vermittelt wurden: Spezielle Lagerung, Kälte und Wärme, Naturheilverfahren, Basale Stimulation®, Ablenkungsstrategien, gezielte Gespräche Entspannungstechniken, Atemtechniken, Massage, schmerzreduzierende Bewegungsabläufe, Anwendung von TENS-Geräten und Physikalische Therapie. Schlussfolgernd wird klar, dass die Bildungsteilnehmer mögliche Situationen rund um die Schmerzwahrnehmung nicht bewusst aufgenommen haben. Warum ist das so? Erkenntnis ist, dass die Lernform verändert werden muss. Die fast ausschliesslich frontale Vermittlung von vierzig Unterrichtsstunden könnte zu dem Negativergebnis geführt haben. Eine mögliche Erklärung findet sich bei Kolb und Fry (1975). Sie erklären, dass jeder Lernprozess zumeist damit beginnt, dass die Lernenden ihre jeweiligen Erfahrungen austauschen und darüber diskutieren, welchen Effekt welche Maßnahme in der jeweiligen Situation zur Folge hätte. Die Bildungsteilnehmer verfügten über Erfahrungen im Umgang mit Schmerzpatienten, denn sie waren zum Forschungszeitpunkt bereits im 2. Ausbildungsjahr. Kolb und Fry schlagen weiter vor, im nächsten Schritt mit den Lernenden diese Effekte in spezifischen Fallbeispielen verstehen zu lernen. Diese Gedanken sind wertvoll und sollten Beachtung finden.

## 7 Zusammenfassung

Der wissenschaftliche Rahmen und Hintergrund dieser Arbeit ergibt sich aus bestehenden Defiziten im Zusammenhang mit der Schmerzwahrnehmungsfähigkeit von Pflegenden, sodass hier dringender pflegepädagogischer Handlungsbedarf erscheint. „Mangelndes Wissen und falsche Überzeugungen seitens der Patienten, Pflegenden und Ärzte sind wesentliche Ursachen für eine inadäquate Schmerzbehandlung. Patienten verhalten sich eher zurückhaltend, wenn es darum geht, nach einem Schmerzmittel zu verlangen.“ (Bartholomeyczik, Sabine; Nonn, R. Cleo, 2005, S. 37)

In der vorliegenden Arbeit wird über die Entschlüsselungen bestehender Einflussfaktoren auf Pflegehandeln, die in Bezug zur Schmerzwahrnehmung stehen berichtet. Dabei wird der Frage nachgegangen, ob es möglich ist, durch gezielte Themenauswahl und Vermittlung dieser Themen im Unterricht der Gesundheits- und Krankenpflege, positiven Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung der Bildungsteilnehmer zu nehmen. Sind die Bildungsteilnehmer nach der Vermittlung von vierzig Unterrichtsstunden in der Lage, Schmerz bei den ihnen anvertrauten Patienten wahrzunehmen und dann adäquat zu handeln? Eindeutige Zielstellung dieser Arbeit ist, die Wahrnehmungsfähigkeit der Bildungsteilnehmer im Hinblick auf Schmerz zu wecken beziehungsweise zu fördern. Diese Arbeit soll durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Schmerz einen pflegepädagogischen Beitrag zur adäquaten pflegerischen Schmerzbehandlung leisten.

Über die Methode der Literaturrecherche wurde das Curriculum „Der Schmerz im Pflegehandeln“ mit insgesamt achtzig Unterrichtsstunden entwickelt. Nach Umsetzung von vierzig Unterrichtsstunden im Rahmen der Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften sollte evaluiert werden. Die Evaluation fand in Form von nichtteilnehmenden Beobachtungen bei fünf Bildungsteilnehmern im Praxisblock in der Klinik statt. Die Auswahl der Beobachtungsorte (klinische Bereiche) und Bildungsteilnehmer geschah per Zufall.

Die Bestimmung der Beobachtungskriterien erfolgte im Vorfeld der Untersuchung durch kritisch, theoretische Analysen innerhalb einer Literaturrecherche. Aus diesen Beobachtungskriterien wurden Module und Lehrinhalte beziehungsweise Themen konstruiert und bildeten den Kern des Kurriculums. Die Beobachtungen ergaben, dass die Bildungsteilnehmer bei Verrichtung ausgewählter Pflegeinterventionen nicht in der Lage waren, Schmerz bei den ihnen anvertrauten Patienten wahrzunehmen,

ihm dann dementsprechend prophylaktisch entgegenzuwirken und adäquate Pflegehandlungen anzubieten. Es wurde deutlich, dass die Bildungsteilnehmer nur darauf fokussiert waren, den pflegerischen Auftrag zu erfüllen. Folgendes Beispiel verdeutlicht das entstandene Ergebnis:

Am Beispiel des Moduls: "Schmerz wahrnehmen" wurden die Unterrichtsthemen: "Reaktion auf Mimik, Gestik, Körperhaltung von Schmerzpatienten, Anhaltspunkte zur Interpretation von Beobachtungen und das Verhalten gegenüber Schmerzpatienten" vermittelt. Alle Bildungsteilnehmer reagierten nicht auf mimische oder gestische Veränderungen der Patienten sowie Schonhaltungen der Patienten. Weil sie den Schmerz ihrer Patienten nicht wahrnahmen, boten sie auch keine adäquaten Pflegeinterventionen zur Schmerzreduzierung an. Lediglich ein Bildungsteilnehmer zeigte im Kommunikationsverhalten mit seinem Patienten eine empathische Haltung über deren Schmerz. Schlussfolgernd ist festzustellen, dass die Ausrichtung des Kurriculums keinen Einfluss auf das Wahrnehmungsverhalten der Bildungsteilnehmer in der Gesundheits- und Krankenpflege zum Thema Schmerz erzielt hat.

Des Weiteren sollte die Pflegebeziehung in das Zentrum der curricularen Konstruktion gerückt werden. Das wäre durch das Lernfeldkonzept gewährleistet. Dabei wird von Lernsituationen ausgegangen. Bischoff-Wanner (2004) erachtet es als wichtig, berufliche Probleme oder Aufgabenstellungen zu entwickeln, damit der Unterricht handlungsorientiert stattfindet. Auf diese Weise werden die in den Zielformulierungen der Lernfelder aufgeführten Kompetenzen erworben. (Bischoff-Wanner, Claudia, 2004) Dieser Auffassung sollte sich angeschlossen werden.

Im Ergebnis dieser Forschung entstand der Eindruck, dass im Vorfeld, bei der Unterrichtsplanung, ein anderer Ansatz hätte gewählt werden können. Es wäre zu überprüfen, ob die Strukturvorgabe von Klafki (2002) zur Unterrichtsplanung eine Verbesserung des Ergebnisses liefern kann.

Zur Verbesserung eines handlungsorientierten Ansatzes in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege ist es dringend notwendig, auch den Einsatz von Unterrichtsmethoden zu evaluieren und in Arbeitsgruppen deren Ergebnisse auszutauschen. Dabei wäre eine wissenschaftliche Begleitung mit Sicherheit erforderlich.

Diese Arbeit obliegt den Lehrenden und erfordert Einzelfallanalysen. Danach kann eine einheitliche Lernbasis aufgebaut werden. Für zukünftige curriculare Konstruktionen könnte diese Aussage einen neuen Zugang liefern.

Der neue Typus des Pflgenden muss über veränderte Kompetenzen verfügen. Gefragt sind solche, die sich schnell verändernden Bedingungen und wechselnden Anforderungen anpassen, die Übertragungen zwischen den einzelnen Tätigkeitsbereichen ermöglichen, innovative Anwendungen auf neue Problemsituationen gestatten und auf die ständige Neuorganisation der eigenen Persönlichkeit orientieren.

Diese Kompetenzen müssen über eine veränderte Form des Lernens erworben werden. Im Ergebnis dieses Prozesses prägt der Bildungsteilnehmer eine individuelle Spezifik und eine selbst bestimmte Strukturierung seiner Bildung (seines Kompetenz-profiles) aus.

Der Bildungsteilnehmer muss seinen Lernprozess selbst verantworten, steuern und das erworbene und ständig regenerierte Kompetenzprofil in den Tiefenschichten seiner Person integrieren.

## 8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erfolgreiches Schmerzmanagement im Pflegehandeln .....	10
beeinflusst das Befinden von Schmerzpatienten positiv	
Abbildung 2: Schmerz als multidimensionales Geschehen.....	75
Abbildung 3: Einflussfaktoren auf Pflegetherapeutische Maßnahmen bei Schmerzpatienten.....	82
Abbildung 4: Wahrnehmungsprozess für bewusste Wahrnehmung am Beispiel eines Menschen in einer speziellen Situation (medizinische Behandlung).....	89
Abbildung 5: Spannungsverhältnis zwischen Aktion und Forschung .....	122
Abbildung 6: Antwortverhalten innerhalb der 27 Fragebögen .....	158



## 9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Den Schmerz beeinflussende Faktoren – beziehungsweise die Erkenntnis wie diese Faktoren den Schmerz beeinflussen können (Umkehrschluss).....	44
Tabelle 2:	Gegenüberstellung von Hauptthesen und Interpretationen mit Transfer zur Pflegeausbildung.....	47
Tabelle 3:	Schmerz und Bezug und deren Beschreibung.....	49
Tabelle 4:	Affektive und sensorische Schmerzbeschreibungen und Vorstellung passende Schmerzarten.....	83
Tabelle 5:	Bezugherstellende Darstellung bestimmter „Einflussfaktoren auf Pflegetherapeutische Maßnahmen bei Schmerzpatienten“ zur Themenauswahl aus dem konstruierten Curriculum „Schmerz-Management für Bildungsteilnehmer in der Gesundheits- und Krankenpflege“, Patan in Anl. an meine Pflegepraxiserfahrungen.....	87
Tabelle 6:	Lehrprozess beziehungsweise die Konstruktion der Lernsituation „Schmerz“.....	91
Tabelle 7:	Exemplarische Darstellung in Teile der Grundstruktur des Basiskurriculum und Darstellung der Aussagen zu Einstellungen und Haltungen, erarbeitet durch den Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe der Schmerztherapie 2. Auflage, 2006 .....	152
Tabelle 8:	„Durch den Rahmenlehrplan empfohlene Wissensgrundlagen und Inhalte zur Unterrichtsthematik: „Schmerzpatienten in der Pflege“.....	153
Tabelle 9:	„Gegenüberstellung der curricularen Ziele beider Weiterbildungen“.....	156
Tabelle 10:	Inhaltsanalyse bzw „Synopsis“.....	161
Tabelle 11:	Beobachtungsprotokoll für den Einsatz am Lernort Praxis.....	178
Tabelle 12:	Beobachtungen/Aktionsforschung 1.....	180
Tabelle 13:	Beobachtungen/Aktionsforschung 2.....	182

Tabelle 14: Beobachtungen/Aktionsforschung 3.....	183
Tabelle 15: Beobachtungen/Aktionsforschung 4.....	185
Tabelle 16: Beobachtungen/Aktionsforschung 5.....	187
Tabelle 17: Modul: Lernsituation „Beziehungsaufbau in der Pflege bei betagten Schmerzpatienten mit Arthrose“ .....	202

## 10 Literatur

- Altrichter, Herbert; Posch, Peter (2007): *Lehrerinnen und Lehrer erforschen ihren Unterricht*, 4. Aufl., Klinkhardt, Bad Heilbrunn.
- Anand, KJS; Sippell, WG; Aynsley-Green, A. (1987): "Randomised Trial of Fentanyl in Anaesthesia in Preterm Babies Undergoing Surgery: Effects on the Stress Response", *Lancet*
- Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe der Schmerztherapie (1999): *Schmerztherapeutisches Basiscurriculum für die Krankenpflegeausbildung*, Deutscher Schmerzverlag, Köln
- Arnold, Rolf; Schüßler, Ingeborg (1998): *Wandel der Lernkulturen*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Arnold, Rolf; Nolda, Sigrid; Nuissl, Ekkehard (Hrsg.) (2001): *Wörterbuch Erwachsenenpädagogik*, Klinkhardt, Bad Heilbrunn
- Arnold, Rolf: "Deutungsmuster und pädagogisches Handeln in der Erwachsenenbildung", Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1985
- Arnold, Rolf: (Erwachsenenbildung), Pädagogischer Burgbücherei Schneider GmbH, Baltmannsweiler 1988
- Bader, René; Gallacchi Guido: "Schmerzkompendium-Schmerzen verstehen und behandeln", Thieme, Stuttgart 2001
- Bahlsen, Andrea: "Ach du lieber Schmerz!: Nutze die geistige Kraft für ein schmerzfreies Leben", Books on Demand, Norderstedt 2010
- Baldauf-Bergmann, Kristine: "Lernen im Lebenszusammenhang" Lehmanns - Media, Bd.31, Berlin 2009
- Bartholomeyczik, Sabine et. al.: "Fokus : Epidemiologie und Pflege" Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2005
- Bartholomeyczik, Sabine; Nonn, R. Cleo: "Fokus Epidemiologie und Pflege"; Wittener Schriften, Schlütersche, Hannover 2005
- Basler, Hans-Dieter et al.: "Psychologische Schmerztherapie", Springer, Berlin/Heidelberg, 5. Auflage 2004
- Bauer, Karl-Oswald: "Pädagogische Basiskompetenzen "Juventa, Weinheim 2005
- Beck, Helge et al.: "Schmerztherapie", Thieme, Stuttgart 2002
- Becker, Wolfgang; Meifort, Barbara (Hrsg.): "Alles 'Pflege'- oder was?", Bertelsmann, Bielefeld 2002
- Bender, Walter et al.: "Lernen und Handeln", Wochen Schau, Schwalbach 2004

Bierbaum, Otto Julius: "Erlebte Gedichte", Fischer, Berlin 1892,

Bieri, Peter: "Eine Synopse seiner Schriften zur Leib-Seele-Problematik", Grin, München 2004

Binggeli, Hanni: "Schmerz/ Schmerztherapie", Eigenverlag Hanni Binggeli Merlingen/CH 1998

Bischoff-Wanner, Claudia Maria: "Empathie in der Pflege", Dissertation an der Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt Universität zu Berlin, 2001

Bischoff-Wanner, Claudia Maria: " Der Lernfeldansatz, Eine Handreichung für Schulen für Pflegeberufe", Fachhochschule Esslingen 2004

Blume, Eugen et al.: "Schmerz-Kunst und Wissenschaft- Ausstellungskatalog", Dumont, Berlin 2007

Borgards, Roland et al.: "Schmerz und Erinnerung", Wilhelm Fink, München 2005

Borgards, Roland: "Poetik des Schmerzes", Wilhelm Fink, München 2007

Bohnsack, Ralf: "Rekonstruktive Sozialforschung", Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung, Leske und Budrich, 4. Auflage, Opladen 2000

Braun von, Christina; Stephan, Inge: "Gender Studien", J.B. Metzler, Stuttgart 2000

Butler, S. David; Moseley, G. Lorimer: "Schmerzen verstehen", Springer, 2. Aufl., Heidelberg 2009

Buntrock, Stefan: "Und es schrie aus den Wunden", Herbert Utz, München 2009

Corbin, Juliet; Strauss, Anselm: "Grounded Theorie-Grundlagen Qualitativer Sozialforschung", Beltz 1996

Carr, Eloise C.J.; Mann, Eileen, M.: "Schmerz und Schmerzmanagement"-Praxis-handbuch für Pflegeberufe, Huber, 2. Aufl., Bern, 2010

DBfK (Hrsg.): "Gesetze über die Berufe in der Altenpflege und Krankenpflege", Bonifatius, Paderborn 2004

DNQP (Hrsg.): "Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen", 1. Aufl., Osnabrück 2011

DNQP (Hrsg.): "Arbeitstexte zur 8. Konsensus-Konferenz in der Pflege, Thema: Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen", Osnabrück 11.10.2013

Doenges, Marilyn; Moorhouse, Mary; Murr, Alice: "Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen", 4. Aufl., Huber, Bern 2013

Dörge, Christine: "Professionelles Pflegehandeln im Alltag", Marbuse, Frankfurt/M. 2009

Drerup, Elisabeth (Hrsg.) & Schröck, Ruth: "Schmerz Perspektiven der Pflegeforschung", Freiburg i. B., Lambertus. 1998

Elsbernd, Astrid: "Pflegesituationen", Huber, Bern 2000

Erpenbeck, John; Heyse, Volker: "Die Kompetenzbiographie", 2. Aufl., Waxmann, Münster 2007

Falk, Juliane; Kerres, Andrea: "Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik", Juventa, München 2003

Faulstich, Peter; Tymister, Hans Josef: "Lernfälle Erwachsener" Hochschulschriften Ziel, Hergensweiler 2002

Feldhaus-Plumin, Erika, Köhlen, Christina, Nicklas-Faus, Jeanne: "Bachelor of Nursing-das Curriculum mit seiner Entwicklung und Umsetzung", Evangelische Hochschule Berlin, 2010

Fichtmüller, Franziska; Walter, Anja: "Pflegen lernen", V&R unipress, Göttingen 2007

Fink, Brigitta; Goetze, Walter: "Fit für die Pflegepraxis durch Schlüsselqualifikationen", W. Kohlhammer, Stuttgart 2000

Fischer, Thomas: "Entwicklung eines Instruments zum Assessment von Schmerzen bei alten Menschen mit schwerer Demenz", Dissertationsschrift Medizinische Fakultät Charité´- Universitätsmedizin, 2009

Fischer-Lichte, Erika: "Ästhetik des Performativen", Suhrkamp, Frankfurt 2004

Fleißner, Frank in: Strupeit, Steve; Fleischmann, Nina: "Pflegewissenschaftliche Schriften-Bremer Beiträge zur Berufspädagogik, Klinischen Pflegeexpertise und Familien- und Gesundheitspflege, Books on Demand, Norderstedt, 2009

Foucault, Michel: "Überwachen und Strafen", Suhrkamp, Frankfurt/M. 1976

Foucault, Michel: "Wahnsinn und Gesellschaft", Suhrkamp, Frankfurt/M. 1973

Foucault, Michel: "Die Geburt der Klinik" Fischer, Frankfurt/M, 7. Aufl. 2005

Freye, Enno: "Opioide in der Medizin", Springer, Heidelberg, 8. Aufl. 2010

Fröhlich, Andreas D. (Hrsg.): "Wahrnehmungsstörungen und Wahrnehmungsförderung", Universitätsverlag C. Winter, Heidelberg, 9. vollst. Überarbeitete Auflage 1996

Gadamer, Hans-Georg: "Schmerz-Einschätzungen aus medizinischer, philosophischer und therapeutischer Sicht", Universitätsverlag Winter, Heidelberg 2003

Geißner, Ursula: "Fallbuch Pflege-Kommunikation verstehen", Thieme, Stuttgart 2006

- Georg, Jürgen; Frowein, Michael: "Pflegelexikon", Hans Huber, Bern, Göttingen, 2001
- Gieseke, Wiltrud: "Lebenslanges Lernen und Emotionen", W. Bertelsmann, Bielefeld, 2. Aufl. 2009
- Gieseke, Wiltrud: Orientierungsberatung - In: Agentur für Erwachsenen- und Weiterbildung [Hrsg.]: Bildungsberatung - Orientierung, Offenheit, Qualität. Die niedersächsischen Modellprojekte. Bielefeld : Bertelsmann 2013, S. 15-35
- Gieseke, Wiltrud (2010) in Arnold, Rolf; Nolda, Sigrid und Nuissl, Ekkehard (Hrsg.): "Wörterbuch Erwachsenenpädagogik", Bad Heilbrunn, Klinkhardt 2010
- Goldstein, Bruce E.: "Wahrnehmungspsychologie Der Grundkurs", Springer, Berlin, Heidelberg, 7. Aufl. 2008
- Gordon, Marjory; Bartholomeyczik, Sabine: "Pflegediagnosen"-Theoretische Grundlagen, Urban u. Fischer, München 2001
- Gordon, Marjory: "Handbuch Pflegediagnosen", Urban u. Fischer, München, 3. Auflage 2001
- Gralow, Ingrid et al.: "Schmerztherapie interdisziplinär", Schattauer, Stuttgart 2002
- Guski, Rainer: "Wahrnehmung", Kohlhammer, Stuttgart, 2. überarbeitete Aufl. 2000
- Hart, Elisabeth, Bond, Meg: "Aktionsforschung", Hans Huber, Bern 2001
- Heckhausen Jutta, Heckhausen Heinz: "Motivation und Handeln", Springer, Berlin, Heidelberg, 3. Aufl. 2006
- Hermann, Iris; Meyer, Anne-Rose: "Schmerzdifferenzen - Physisches Leid und Gender in kultur- und literaturwissenschaftlicher Perspektive", Ulrike Helmer, Königstein/Taunus 2006
- Hermann, Iris: "Schmerzarten - Prolegomena einer Ästhetik des Schmerzes in Literatur, Musik und Psychoanalyse", Universitätsverlag Winter, Heidelberg 2006
- Heuer, Ulrike; Botzat, Tatjana; Meisel, Klaus: "Neue Lehr- und Lernkulturen in der Weiterbildung", Bertelsmann, Bielefeld 2001
- Hilbert, Josef; Scharfenorth, Karin: "Modernisierung in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft-Herausforderung für die berufliche Bildung" In: Institut Arbeit und Technik: Jahrbuch 1996/97, Gelsenkirchen
- Hloucal, Teresa-Maria: "Kontextabhängigkeit visueller Wahrnehmung- Der Einfluss der aktuellen Befindlichkeit auf die Wahrnehmung neutraler Stimuli in free-viewing-tasks", Dissertation an der Fachhochschule Osnabrück, 2010
- Holst, Susanne: "Erfolgreiche Schmerztherapie", Südwest, München 2004

Holzkamp, Klaus: "Gesellschaftliche Widersprüche und individuelle Handlungsfähigkeit", in: Karl-Heinz Braun/Gert Gekeler (Hrsg.): "Objektive und subjektive Widersprüche in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik" Verlag der Arbeiterbewegung und Gesellschaftswissenschaften Marburg 1984, 89-120

Hüper, Christa; Hellige, Barbara: "Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke", Mabuse, Frankfurt/M. 2007

Huth, Martina; Rieger, Thorsten: "Modul zum Pflegeassessment im Rahmen des Pflegeprozesses", Hausarbeit Fachhochschule Bielefeld WS 2005/2006

Illich, Ivan: "Die Nemesis der Medizin - Die Kritik der Medikalisierung des Lebens", C.H. Beck, München 1984

Jank, Werner; Meyer, Hilbert: "Didaktische Modelle", 5. völlig überarb. Aufl. Berlin: Cornelsen Scriptor, Berlin 2002

Joas, Hans: "Die Kreativität des Handelns", Suhrkamp, Frankfurt/M. 1992

Joas, Hans: "Lehrbuch der Soziologie", Campus, Frankfurt/M. 2001

Jonas, Hans: "Das Prinzip Verantwortung-Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation", Suhrkamp, 2003

Juchli, Liliane: "Wohin mit meinem Schmerz", Herder, Freiburg 1993

Junker, Uwe; Nolte, Thomas: "Grundlagen der Schmerztherapie", Urban u. Vogel, München 2005

Kade, Jochen: "Bildung, Wissen und das Pädagogische im Kontext der Wissensgesellschaft" In: Baldauf-Bergmann, K./Küchler, F. v./Weber, C. (Hrsg.): "Erwachsenenbildung im Wandel – Ansätze einer reflexiven Weiterbildungspraxis. Baltmannsweiler 2004

Kant, Immanuel: "*Gesammelte Schriften*". Hg. v. der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften zu Berlin (Bd. 23 Deutsche Akademie der Wissenschaften zu Berlin, ab Bd. 24 Akademie der Wissenschaften zu Göttingen). 29 Bde. Berlin 1902

Kaiser, Astrid/Pech, Detlef (Hrsg.): "Lernvoraussetzungen und Lernen im Sachunterricht", Hohengehren, Baltmannsweiler 2004

Kaiser, Karin: "Beiträge der Weiterbildung zur Professionalisierung der Pflege", Mabuse, Frankfurt/M. 2005

Käpplinger, Bernd: "Abschlüsse und Zertifikate in der Weiterbildung", Bundesinstitut für Berufsbildung, Bertelsmann, Bielefeld 2007

Kasztner, Angela: "Fördert Reflexion die Anwendbarkeit des Gelernten?", Books on Demand, Berlin 2009

Kayser, Hubertus: "Behandlung chronischer Schmerzzustände in der Praxis", Uni-Med, Bremen 2001

Kerkow-Weil, R.: "Zum Umgang mit dem Fremden: die Pflege ausländischer Patienten als Ausdruck von Inhumanität im Krankenhaus", Expressum Hannover 1999

Kloas, Peter-Werner: "Modulare Berufsausbildung: Eine Perspektive für die Benachteiligtenförderung", in Füllbier, Paul; Münchmeier, Richard (Hrsg.), Handbuch Jugendsozialarbeit, Votum, Münster 2001

Knigge-Demal, Barbara; Lamers, Alexander: "Modularisierung der Pflegeausbildung"-Leitfaden zum Schülerhandbuch , EU-Förderprogramm Leonardo da Vinci und mit Mitteln der Robert-Bosch-Stiftung, Fachhochschule Bielefeld, 2003

Kuiper, Mariou de: "Schmerz und Schmerzmanagement bei Kindern", Ullstein Medical, Wiesbaden 1999

Künzli, Rudolph: "Curriculum und Lehrmittel", in: S. Andresen et al. (Hrsg.): Handwörterbuch Erziehungswissenschaft. Weinheim, Basel: Beltz, 2009, S. 134-148.

Lamnek, Siegfried: "Qualitative Sozialforschung", 4. Auflage, Beltz, Weinheim 2005

Larsen Rolf: "Anästhesie und Intensivmedizin für Schwestern und Pfleger", Springer, 4. Auflage, Berlin/Heidelberg 1994

Lauber, Annette; Schmalstieg, Petra: "Wahrnehmen und Beobachten", Thieme, 1. Auflage, Stuttgart 2001

Lauber, Annette: "Grundlagen beruflicher Pflege", Thieme, 3. Auflage, Stuttgart 2012

Lenz, Siegfried: "Über den Schmerz", DTV, München 2000

Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther, Märkert, Dieter; Ilias, Wilfried: "Schmerztherapie in der Pflege", Springer, Wien 2009

Lück, Helmut.E.: "Die Feldtheorie und Kurt Lewin", Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996

Mattl, Walter: "Wie Lehrende Bildungsangebote entwerfen: Probleme der didaktischen Planung"; Deutsches Institut für Fernstudien an der Universität Tübingen 1993

Matolycz, Esther: "Kommunikation in der Pflege", Springer, Wien, 2009

Mahler, Arne.: "Reflexionen zu den Anforderungen des neuen deutschen Krankenpflegegesetzes für die psychiatrische Pflege, Psych Pflege, Thieme, Stuttgart 10/2004: 238-243,



Mayring, Philipp: "Qualitative Inhaltsanalyse", Beltz UTB, 8. Aufl., Weinheim 2003

Mc Caffery, Margo: "Schmerz, ein Handbuch für die Pflegepraxis", Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden 1997

Menz, Florian; Lalouschek, Johanna; Sator, Marlene; Wetschanow, Karin: "Sprechen über Schmerzen", Universitätsverlag Rhein-Ruhr OHG, Duisburg-Esen 2010

Meyer, Helge: "Schmerz als Bild – Leiden und Selbstverletzung in der Performance Art", Transcript, Bielefeld 2008

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.): "Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland – Pfalz", 2005

Monke, Stefanie: "Bang ums Herz-Emotionen von Patienten bei akutem Herzinfarkt auf der Intensivstation unter besonderer Berücksichtigung von Angsterleben", Grin, Norderstedt 2000

Müller-Mundt, Gabriele: "Chronischer Schmerz-Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation", Huber, Bern 2005

Mummendey, Hans Dieter: "Die Fragebogenmethode", Hogrefe Verlag für Psychologie, 2. korrigierte Auflage, Göttingen 1999

Nagel, Alfred: "Aktionsforschung, Gesellschaftsstrukturen und soziale Wirklichkeit", Peter Lang, Frankfurt/Main 1983

Nauck, Friedemann: "Schmerztherapie: Kompendium für Ausbildung und Praxis", Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart 2002

Nerheim, Hjördis: "Die Wissenschaftlichkeit der Pflege", Huber, Bern 2001

Netzel, Ivo: "Allgemeine Didaktik der Erwachsenenbildung", UTB für Wissenschaft, Bern 1992

Nydahl, Peter; Bartoszek, Gabriele (Hrsg.): "Basale Stimulation-Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker", Urban Fischer, München 2003

Oelke, Uta; Meyer, Hibert: "Teach the teacher: Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen", Berlin, Cornelsen 2013

Ott, Bernd: "Grundlagen des beruflichen Lernens und Lehrens", Cornelsen, Berlin 1997

Osterbrink, Jürgen; Stiehl, Michael: "Der Schmerzpatient in der Pflege", ComMed, Basel 2004

Papasilekas-Ohm, Apostolos: "Offene Curricula und Aktionsforschung", Knut Reim,

Hamburg 1983

Peterßen, Wilhelm H.: "Lehrbuch Allgemeine Didaktik", 6. Auflage, Oldenbourg, München 2001

Picado, Milo; Unkelbach, Oliver: "Innerbetriebliche Fortbildung in der Pflege", Hans Huber, Bern 2001

Plate, Andreas: "Kenntnisse und Vorgehen von Pflegenden auf Neonatologischen Intensivstationen in der Schmerzeinschätzung bei Frühgeborenen", Diplomarbeit, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg 2001

Plaumann, Ute: "Umriss einer Fachdidaktik Pflege", Mabuse, Frankfurt/Main 2000

Pothmann, Raymund: "Entwicklungspsychologische Aspekte von Schmerzen bei Kindern" In Basler et al. "Handbuch der psychologischen Schmerztherapie", Springer, Heidelberg 1990, 117-124

Remmers, Hartmut: "Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog", Beck, München 2011

Rheinberg, Falko: "Motivation; Grundriss der Psychologie" Band 6, Kohlhammer/Urban, 7. Auflage Stuttgart 2008

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): "Pflege braucht Eliten", Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28, Bleicher, Gerlingen 1992

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): "Pflege neu denken", Zur Zukunft der Pflegeausbildung, Schattauer, Stuttgart unter anderem 2000

Rogers, Carl R.: "Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten", Klett-Cotta, 15. Aufl., Stuttgart 2004

Roth, Gerhard: "Fühlen, Denken, Handeln", Suhrkamp, Frankfurt/M. 2001

Roth-Brons, Magdalena; Roth, Christoph: "Handbuch Schmerz", Medizinische Medien Informations GmbH, Neu-Isenburg 2007

Sahmel, Karl-Heinz: "Grundfragen der Pflegepädagogik", Kohlhammer, Stuttgart 2001

Sartre, Jean-Paul (1944) "Klarstellung oder Der Existentialismus ist ein Humanismus", Lesebuch Den Menschen erfinden, Reinbek 1996

Scarry, Elaine: "Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur", Fischer, Frankfurt/M. 1992

Schäffler, Arne et al.: "Pflege Heute", Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, Urban und Fischer, München, Jena 1997

Scheu, Petra: "Empathie-statt „Mit-Leid“. Ein praktisches Konzept zur Förderung empathischer Kompetenz in der Pflege", Tectum, Marburg 2010

Schlüter, Gabriele: "Berufliche Belastungen der Krankenpflege", Bibliomed, Melsungen 1992

Schmidt, Bernhardt: "Weiterbildung und informelles Lernen älterer Arbeitnehmer", Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009

Schmidt-Egger, Christian; Krüll, Karoline: "Körpersprache: Wahrnehmen, erkennen, deuten", Beck, München 2012

Schneider, Kordula et al.: "Pflegepädagogik", Springer, Heidelberg, 2. Aufl., 2005

Schröck, Ruth; Drerup, Elisabeth: "Schmerz-Perspektiven der Pflegeforschung", Lambertus, Freiburg i. Brsg. 1998

Schulze, Matthias: "Der Einfluß von Ablenkung auf das postoperative Schmerzerleben", Dissertationsschrift, Friedrich Schiller Universität Jena, 2008

Siedentopf, Friederike: "Unter Schmerzen sollst du gebären". In: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen. Nr. 135, Januar/ Februar 2002, 27. Jahrgang. S.53-54

Siebert, Horst: "Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung", Luchterhand, Neuwied 1996

Siebert, Horst: "Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung" 2. Aufl. München 2003

Stangl, Werner: "Werner Stangels Arbeitsblätter", Universität Linz, Linz 2005

Stemmer, Renate: "Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten". Mabuse, Frankfurt/Main 2001

Striebel, Walter: "Therapie chronischer Schmerzen", Schattauer, Stuttgart 2002

Tauch, Jörg: "Professionalisierung der innerbetrieblichen Fortbildung", Internationale Hochschulschriften, Bd. 379, Waxmann, Münster 2002

Thomm, Monika: "Schmerzpatienten in der Pflege", Kohlhammer, Stuttgart 2005

Tippelt, Rudolf (Hrsg.): "Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung", Leske und Budrich, Opladen 1994

Tippelt, Rudolf (Hrsg.): "Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung", Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2.überarbeitete Auflage 2005

Tippelt, Rudolf; Schmidt, Bernhardt (Hrsg.): "Handbuch Bildungsforschung", Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2.überarbeitete und erweiterte Auflage 2009

Vollmer, Melanie: "Die Bedeutung der Pflegediagnosen für die Emanzipation der Pflege von der Medizin", Grin, Norderstedt 2006

Vollmeyer, Regina; Brunstein, Joachim: "Motivationspsychologie und ihre Anwendung", Kohlhammer, Stuttgart 2005

Wittneben, Karin: "Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege", Thieme, Stuttgart 1998

Woog, Pierre (Hrsg.): "Chronisch Kranke pflegen: das Corbin Strauss - Pflegemodell" Ullstein Medical Wiesbaden 1998

Zapf, Wolfgang. "Modernisierung, Wohlfahrtsentwicklung und Transformation: soziologische Aufsätze", Berlin: Sigma 1987-1994

Zborowski, Mark: "Cultural Components in responses to pain." Journal of Social Issues 8: 1952 S. 16-30

Zegelin-Abt, Angelika (Hrsg.): "Pflege entwickeln", Hans Huber, Bern 2001

Zimbardo, Phillip G. et al.: "Psychologie", Springer, Berlin, Heidelberg, 1995

Zimmer, Katharina: "Gefühle – unser erster Verstand“, Diana, München 1999

Zimmerli, Walter: "Ungebrochene Verdrängungsgeschichte", Münster, Klinik Management Aktuell, 2002, 1:64

Zollonds, Hans-Dieter: "Grundlagen Qualitätsmanagement", Oldenbourg, München, 2. Auflage, 2006

### **Zeitschriften:**

Arbeitstexte zur 8. Konsensuskonferenz in der Pflege, Thema: „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“, DNQP, 11.10.2013

Bader, Reinhard: "Berufliche Handlungskompetenz. In: Die berufsbildende Schule", 41(2). 1989, S. 75

Blechner, Gerda: "Kultursensible Schmerztherapie. Ausgestaltung der Schmerzempfindung bei Migranten", Dr. med. Mabuse-

Zeitschrift im Gesundheitswesen. Nr. 135, 02-03- 2002, 27. Jahrgang. S. 56-59

Ewers, Andre´et al.: "Nichtmedikamentöse Maßnahmen in der Schmerztherapie ", Der Schmerz, Springer, online publiziert, 2011 S. 516-521

Fath, Roland: "Journal Club Schmerzmedizin", Thieme, 1-2012, S.15

Fischer, Thomas: "Schmerzen richtig erkennen und einschätzen", Pflegezeitschrift, 6/2005, S. 356

Herrmann, Christiane: "Psychologie heute", Beltz, 11-2010, S. 68-69

Hackenbroch, Veronika; Thimm, Katja: Der Spiegel 36-2008, S.155-156

Hüper, Christa: "Schmerz in der Pflege und Pflegeforschung", PflGe (Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.), 1-96, S.8-13

Kendlbacher, Elisabeth; Fritz, Elfriede; Deufert, Daniela: Pflegewissenschaft 1-2010

Krah, Karin: "Dr. med. Mabuse", Mabuse, 135, 02-03-2002, S. 46-49

Maihöfner, Christian; Speck, Verena: "Journal Club Schmerzmedizin", Thieme, 1-2012, S.15

Neumann, Kirsten: "Komplementäre Methoden können Schmerzkontrolle verbessern", Pflegezeitschrift, Kohlhammer, 07-2005, S.436-439

Neumeier, Marcel: (3/2007): Heckhausen, Jutta; Heckhausen, Heinz in: Report, 30, S. 85-86

Nigl-Heim, Ulrike R.: "Gendercare" in: Österreichische Pflegezeitschrift, oegkv-at, 10-2004, S. 13

Osterbrink, Jürgen; Hemmling, Stephanie; Nestler, Nadja; Becker, Ralf; Hofmeister, Ulrike; Gnass, Irmela.: "Der Schmerz", Springer, 3-2013, S.141-142

Parthum, Andreas; Pillipp, Ingrid: "Zeitschrift Pflegewissenschaft", hpsmedia 4-2009

Sander, Ortrud: "Konzept zur Förderung des Lerntransfers in der Weiterbildung zur Pflegefachkraft im mittleren Management", PflGe, 2002-Nr. 3, S. 103-109

Siegel, Not-Rupprecht: "Krankenpflege Journal", Die Schwestern Revue GmbH, 38-2000, S. 271-272

Teubert, Nadine; Thiele, Andreas; Eberhardt, Benedikt: "Der Schmerz", Springer, 4-2006, S. 307-313

### **Quellen & Links:**

FOCUS Online: <http://www.focus.de/gesundheit>, Stand 26.02.2013

<http://www.gendermed.info>: Stand 13.3.2011

## 11 Anhang

Die Untersuchung schuleigener Kurricula (2007) meines Arbeitgebers<sup>102</sup> ergab, dass es keine konsteinheitlichen Inhaltsangaben zum Unterrichtsthema "Schmerzbelastete PatientInnen pflegen" gab. Empfehlungen und Leitlinien fand ich damals nicht.

Empfehlungen im Curriculum bezogen sich überwiegend auf die Anzahl der zu leistenden Unterrichtsstunden. Hier gab es eine Spannbreite von zwölf bis 18 durchzuführende Unterrichtsstunden. Aber die Brisanz einer Thematik sorgt nicht gleichzeitig für mehr Unterrichtsstunden. Pflegepädagogen haben nicht mehr Zeit, Wissen zu vermitteln, zu sensibilisieren und Empathie zu „erzeugen“.

Unbedingt zu erwähnen ist, dass sich mittlerweile in dem Unternehmen, für das ich tätig bin, in den Kurricula und in den konkreten Lehr- und Lernsituationen sehr viel Positives ereignet hat. In der beruflichen Ausbildung werden nun mehr Stunden zum Unterrichtsthema "Schmerzbelastete PatientInnen pflegen" verwendet. Die Inhalte wurden aktualisiert, Leitlinien und Standards eingebunden und es wurde ein guter Transfer in die Pflegepraxis abgesichert. Es wurden auch Veränderungen in der Fachabteilung „Berufliche Weiterbildung“ vorgenommen. So werden in allen Weiterbildungen angepasste Seminare zum Schmerz durchgeführt.

---

<sup>102</sup> unter anderem bestehend aus 3 Pflegeschulen

## 11.1 Anhang A: Fragebogen zur erkundenden Analyse s. Kapitel 3.2.2.1

Dipl.-Pflegepäd.  
Daniela Patan  
Str.  
Berlin  
Tel. 030/

Berlin, den 12.10.07

DRK-Kliniken BerlinWestend  
An die Pflegedirektorin  
Frau Völz  
Spandauer Damm 130  
14050 Berlin

Sehr geehrte Frau xxx,

ich habe eine persönliche Bitte an Sie. Zunächst möchte ich mich gern kurz vorstellen.

Seit 1989 bin ich examinierte Krankenschwester. An der Berliner Humboldt Universität zu Berlin habe ich den Studiengang Medizin- und Pflegepädagogik studiert und mit dem Diplom der Pflegepädagogik abgeschlossen. Nun bin ich als Lehrkraft in der Pflegeausbildung tätig.

Die Thematik „Schmerzpatienten in der Pflege“ beziehungsweise Fortbildungen zur Thematik „Schmerz“ werden von mir schon sehr lange verfolgt und sollen jetzt zum Arbeitsthema meiner Promotionsabsicht werden. (Hauptziel ist die Verbesserung der Situation von Schmerzpatienten.)

Sie würden mir mit Ihrer Zuarbeit sehr helfen, mein Arbeitsthema zu konkretisieren. Natürlich wird Ihre Antwort diskret behandelt. Zur Rücksendung lege ich Ihnen selbstverständlich einen frankierten und adressierten Rückumschlag bei. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen,  
Daniela Patan

.....  
**Diesen Abschnitt bitte zurücksenden.**  
**Fragen**

1. Berücksichtigen Sie in der innerbetrieblichen Fortbildung für die Gesundheits- und Krankenpflege die Thematik Schmerz? Ja/Nein
2. **Falls Ja:**  
Welche Inhalte/Schwerpunkte werden vermittelt?

.....  
.....  
.....  
.....

3. **Falls die Schmerzwahrnehmung durch Pflegende ein Inhalt/Schwerpunkt ist:**  
Welche Inhalte/Schwerpunkte werden hierzu vermittelt?

.....  
.....  
.....  
.....

## 11.2 Anhang B: Kurriculum „Der Schmerz im Pflegehandeln“



### Kurriculum

#### „Der Schmerz im Pflegehandeln“

„Schmerzmanagement für Bildungsteilnehmer der Gesundheits- und Krankenpflege“

#### Inhalt:

- Einleitung
- Problemlage und Arbeitsstandpunkte zur Konzeptionsentwicklung
- Zielstellung
- Verantwortlichkeit/Stundenumfang/Teilnehmerzahl/Qualitätssicherung
- Zertifizierung von Lernleistungen
- Module
- Literaturangaben (s. auch Literaturangaben i.d. Dissertation)



## Einleitung

Schmerzen sind ein allgemein bekanntes Phänomen. Jeder Mensch erfährt im Laufe seines Lebens, wie es sich anfühlt, wenn akute Schmerzen auftreten und lernt, wie er individuell am besten mit Schmerzen umgeht.

Zahlen belegen, dass das Phänomen Schmerz schließlich ein bedeutsames Problem in der Bevölkerung darstellt. Nach Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys 1998, litten 41,4 Prozent der Frauen und 33,6 Prozent der Männer im Alter zwischen 18 und achtzig Jahren innerhalb einer Woche unter mittleren Schmerzen, 13,7 Prozent insgesamt sogar unter starken Schmerzen (Bellach et al. 2000).

In Krankenhäusern liegt die Schmerzprävalenz noch höher.

Schmerzen machen hilflos, lösen Ängste aus und können existenzbedrohliche Gefühle im Menschen hervorrufen. (Junker, 2004)

Die anthroposophische Medizin beschreibt Schmerz als einen starken Bewusstseinsprozess, der den leiblichen Körper mit seiner Bewältigung überfordert. Das wird daran deutlich, dass der Schmerz die gesamte Person und auch ihr Bewusstsein einnimmt. Der betroffene Mensch nimmt den eigenen Körper mit seinem Schmerz sehr bewusst und überdeutlich wahr, die Person ist eingeengt auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers, alles in der Fernliegende dagegen ist nicht von Interesse und verliert an Bedeutung.

Obwohl es längst Mittel und Wege gibt, Schmerzen im Krankenhaus zu verhindern, müssen in Deutschland noch viel zu viele Patienten leiden. Insbesondere die Behandlung akuter Schmerzen, zum Beispiel nach einer Operation, ist in den meisten Krankenhäusern nicht adäquat. Komplikationen und Chronifizierung sind die unangenehmen und teuren Folgen – in jedem vierten Fall haben chronische Schmerzen ihren Ursprung in einer Operation. Nur etwa jedes zehnte der 2200 Krankenhäuser in Deutschland bietet Patienten derzeit eine moderne Schmerzversorgung an. Viel zu häufig wird Schmerz, zum Beispiel nach Operationen, einfach hingenommen, nach dem Motto: Die Patienten müssen „da durch“. (vgl. DGSS, 2007)

In der Kranken- und Kinderkrankenpflege und ebenso in der Altenpflege zeichnet sich seit Mitte der 1990er Jahre eine zunehmende Auseinandersetzung mit den besonderen Anforderungen der Versorgung von schmerzbelasteten Menschen ab.

Trotzdem unterschätzen Pflegekräfte oft die Schmerzintensität bei ihren Patienten. Eine Untersuchung Seers zeigte, dass in 77 Prozent der Fälle die Einschätzung der

Schmerzintensität zwischen Patient und Pflegekraft nicht übereinstimmte: 54 Prozent der Pflegekräfte schätzten die Schmerzintensität niedriger ein als die Patienten, 13 Prozent schätzten sie höher ein. (Seers, 1987)

Eine angemessene Schmerzversorgung, nach rechtzeitiger Wahrnehmung von Schmerzen, ist für die Betroffenen Voraussetzung für die Sicherung eines Mindestmaßes an Lebensqualität.

Aus dem Bedarf der Angehörigen der Gesundheitsberufe und den hier im weiteren Verlauf aufgeführten Gründe, sah ich die Notwendigkeit zur Neuentwicklung eines integrativen Kurriculums. Ziel ist es, Handlungskompetenzen im Umgang mit Schmerzpatienten anzubahnen und sie zu trainieren.

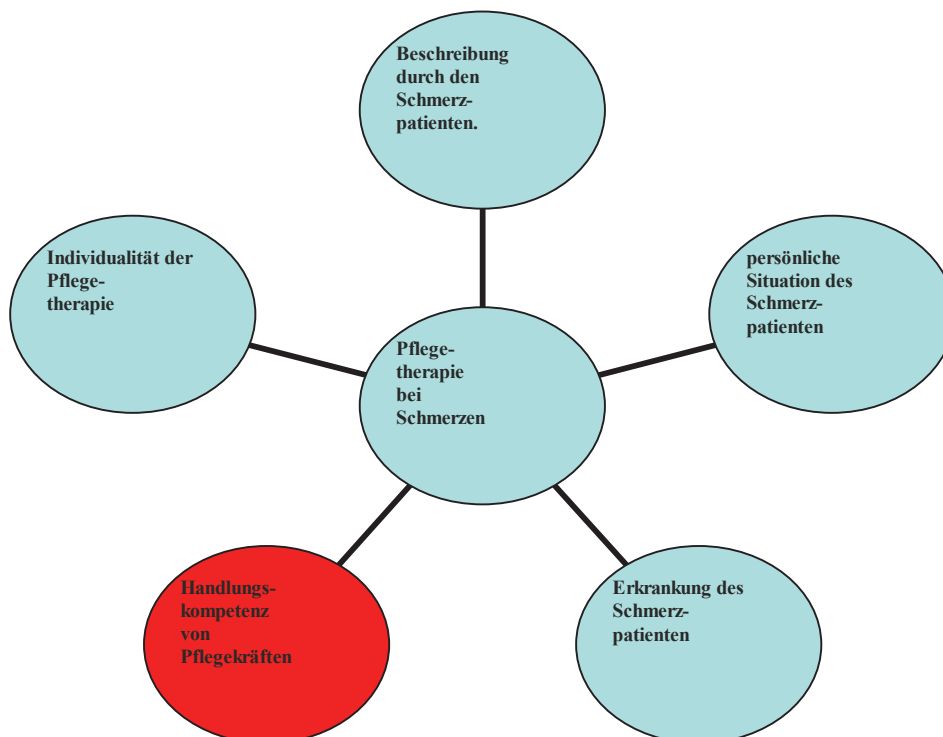


Abbildung 1: Einflussfaktoren auf pflegetherapeutische Maßnahmen bei Schmerzpatienten (Basiskurriculum „Der Schmerz im Pflegehandeln“, 2008, Quelle: Autor)

### **Problemlage und Arbeitsstandpunkte zur Konzeptionsentwicklung**

Pflegefachkräfte (auch zukünftige) sollen die Schmerzen besser wahrnehmen, damit die Zeit zwischen dem Auftreten von Schmerzen und deren Linderung deutlich verkürzt wird, so die Forderung des Nationalen Expertenstandards zum Schmerzmanagement der Pflege. (Osterbrink, 2004)

Schmerz meldet sich pflichtgetreu wie eine Alarmglocke und zeigt an, dass die geistige, seelische oder körperliche Harmonie gestört ist und wir der Ursache des Schmerzes auf den Grund gehen sollten. Er begleitet uns durch das ganze Leben und jeder kennt ihn. Schmerz und dessen Wahrnehmung hat viele Facetten.

Probleme wirft für Schmerzpatienten vielfach bereits die Kommunikation subjektiver Befindenslagen und mehr noch die Beschreibung von Schmerzzuständen auf. Sie sind für die Betroffenen nur schwer in Worte zu fassen und damit auch den professionellen Akteuren schwer vermittelbar. (Müller-Mundt, 2005)

Prof. Osterbrink hat durch die Studie zur Implementation des Nationalen Expertenstandard Schmerzmanagement der Pflege aufzeigen können, dass Pflegenden Informationen, ob Patienten Schmerzen haben, von Nachbarpatienten, von Angehörigen oder durch Mimik und Gestik des Patienten in Erfahrung bringen. (Osterbrink, 2005)

Im folgenden Text zeigt ein kurzer Auszug der Befragung Osterbrinks wie Pflegekräfte Schmerzzustände wahrnehmen.

„(...) auch an den Reaktionen der Patienten merken wir häufig, wenn sie Schmerzen haben, die liegen dann halt weinend im Bett oder krümmen sich vor Schmerzen.“

Ähnliches antworten die Pflegekräfte häufig auf die Frage nach ihrem Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung, die im Rahmen der Befragung auch auf anderen Stationen gestellt wurde. Prinzipiell erfolgt keine Ersteinschätzung der Schmerzen, wenn die Patienten auf die Station kommen. Die Schmerzskala zur Intensitätsmessung von Schmerzen wird nicht eingesetzt. (Osterbrink, 2006)

Neuere Untersuchungen zur Schmerzwahrnehmung bei Frauen zeigen eine geringere Schmerztoleranz beim weiblichen Geschlecht. Frauen nehmen Schmerzen differenzierter wahr und klagen häufiger über Schmerzen. Demzufolge gibt es einen Zusammenhang zwischen Geschlechterrolle und Schmerzerleben. (Teuber et al., 2005) Dieser Aspekt wird bei der Wahrnehmung von Schmerzen durch Pflegekräfte kaum berücksichtigt.

Das Wissen um genderspezifische Verhaltensweisen in Krankheitssituationen ist ein wichtiger Aspekt für die Gestaltung einer individuell angepassten, patientenorientierten Pflege. Dabei geht es schließlich auch um die Verbesserung der Lebensqualität der einzelnen PatientInnen. Gender Care ist in Deutschland ein noch sehr junges Forschungsgebiet, welches meist den Umgang mit Ärztinnen beforscht hat. Frauen und Männer haben unterschiedliche gesundheitliche Probleme,

zeigen ein unterschiedliches Körper- und Krankheitsbewusstsein und artikulieren auf unterschiedliche Art und Weise ihre Symptome. Männer und Frauen werden in ihrem Denken, Verhalten und Erleben durch geschlechtsspezifische soziale Rollenmuster geprägt. (Nigl-Heim, 10/2004)

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Schmerzerleben müssen von den Pflegekräften dringend, gerade im Sinne einer Patientenorientierung, berücksichtigt werden.

Wenn Pflegende bewusst Symptome beobachten müssen, dann müssen sie Patienten in unterschiedlichen Modalitäten (sehen, hören, riechen, fühlen) wahrnehmen. Die Pflege, befördert durch die Pflegewissenschaft, kann eigene pflegerische Symptomsammlungen erstellen und – analog zu Krankheitsbildern – zu Pflegebildern zusammenstellen. Unter Pflegebildern versteht Wittneben jene Muster, die Pflegende über Jahre in sich speichern und die einen großen Vorrat ihres impliziten Wissens darstellen. (Wittneben, 2004)

Die Pflegeforscherin Nancy Rooper verleiht dem Schmerz auch Symptomcharakter, nennt ihn aber, im Hinblick auf den ganzheitlichen Pflegeansatz, eine Reaktion auf viele mögliche Stressoren.

Den Pflegenden fällt es oft schwer, den Schmerzen eines Patienten wertfrei zu begegnen.

Eine Einstellung zum Schmerzerleben beziehungsweise zur Schmerzwahrnehmung ist stark soziokulturell geprägt und eng mit dem vorherrschenden Verständnis von Gesundheit und Krankheit verknüpft. Trotz Dominanz naturwissenschaftlich begründeter Erklärungsmuster prägen heute teilweise magische und religiöse Konzepte Krankheits- beziehungsweise Gesundheitsverständnis. Das betrifft auch das Schmerzverständnis. Im Kontext biomedizinischer Erklärungsmodelle von Krankheit und Gesundheit wurde und wird dem Schmerz primär Symptomcharakter zugeschrieben. (Müller-Mundt, 2005)

Wittneben berichtet, dass sich ihr zum Schmerz folgende Pflegebilder eingeprägt haben.

Ein deutscher Patient mit einer Nierenkolik kam laut stöhnend aus dem Zimmer auf den Flur gelaufen, vor Schmerz gebeugt, eine Hand in die schmerzende Seite gepresst und bat umgehend um eine schmerzstillende Spritze. Ein türkischer Patient blieb in seinem Zimmer, kniend in Gebetshaltung auf dem Bett, in einem Fall mit dem Kopf zum Fußende des Bettes, und bewegte sich betend und leise stöhnend auf und

nieder. Auch er benötigte eine schmerzstillende Spritze, forderte sie aber nicht offensiv ein.

Das sind Pflegebilder, die uns zum Beispiel für eine kultursensible Pflege aufschließen können. Pflegekräfte, besonders jene mit einer langen Berufserfahrung, haben in großer Vielfalt und Buntheit Pflegebilder in sich eingelagert.

Körperliche, emotionale und soziale Einflussfaktoren, die eine Chronifizierung von Schmerzen begünstigen und den Schmerz verstärken können, müssen von Beginn an berücksichtigt werden. Die hierfür erforderlichen klinischen und psychosozialen Kompetenzen können unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe in der Regelversorgung jedoch nicht generell vorausgesetzt werden. (Müller-Mundt, 2005)

Eine kontinuierliche Aktualisierung des pflegerischen Wissens ist notwendig, um den veränderten Anforderungen gerecht zu werden. Mit Hilfe von Schlüsselqualifikationen und Basiskompetenzen soll ein eigenverantwortliches, lebenslanges und angewandtes Lernen ermöglicht werden.

## **Zielstellungen**

Trotz einer Fülle neuer Erkenntnisse und Therapieverfahren im Schmerzmanagement, werden nach wie vor erhebliche Defizite bei allen um den Patienten bemühten Personen zum Beispiel Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, AltenpflegerInnen, ArzthelferInnen und Physiotherapeuten offenbar. Das Pflegepersonal hat in der Regel den engsten Kontakt zum Patienten und wird bereits von Beginn des Berufslebens an mit schmerzleidenden Patienten konfrontiert, die nicht oder unzureichend behandelt werden. Die in dieser Situation erlebte Hilflosigkeit resultiert aus mangelnden theoretischen Kenntnissen und nicht vorhandenen Fertigkeiten. Dies führt zwangsläufig zum Rückzug und der Schmerzpatient bleibt somit allein gelassen und unzureichend schmerztherapeutisch versorgt. Um diesem Mangel auf Dauer zu begegnen, ist es dringend erforderlich, die schmerztherapeutischen Grundlagen in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe zu vermitteln. (vgl. Vorwort, Schmerztherapeutisches Curriculum DGSS, 2006)

Im neuen Krankenpflegegesetz werden in §3 Abs. 1 und 2 die Ziele der Krankenpflegeausbildung genannt. Aus diesen Anforderungen lassen sich Ziele für die Ausbildung ableiten (Mahler, 2004):

- Wissenschaftliche Fundierung

Von den Pflegenden wird ein dem anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechendes Handeln gefordert.

- Kompetenzorientierung

Die Entwicklung von fachlicher, personaler, sozialer und methodischer Kompetenzen soll gefördert werden.

- Gesundheitsförderung

Prävention und Rehabilitation. Die Pflege soll auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der psychischen und physischen Gesundheit der Patienten ausgerichtet sein.

- Professionelles Handeln

In die Pflege müssen individuelle Lebenssituationen und -phasen sowie die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der zu pflegenden Menschen einbezogen werden. Ein verstehendes Handeln soll den Pflegeprozessen zugrunde liegen. Zusammen mit der geforderten wissenschaftlichen Fundierung als regelgeleitetes Handeln ergibt sich eine doppelte Handlungslogik, die in der Literatur dem professionellen Handeln zugeordnet wird (Mahler, 2004).

- Prozesshaftigkeit

Es werden die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfes, Planung, Organisation, Durchführung, Dokumentation sowie Evaluation beziehungsweise Auswertung der Pflege gefordert und nicht mehr nur die geplante Pflege (wie im Gesetz von 1985).

- Beratung und Anleitung

Eine weitere Aufgabe ist die Beratung und Anleitung von zu pflegenden Menschen und deren Angehörigen in der Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit.

Es gilt also, pflegerische Handlungen theoretisch abzusichern und neuere Erkenntnisse für das Handeln nutzbar zu machen. Nur wenn Konzepte dem pflegerischen Handeln zu Grunde liegen, lässt sich dieses Handeln auch anderen gegenüber begründen. Wissen und Begründen sind wichtig für die Qualität und Transparenz pflegerischen Handelns.

Das Curriculum soll:

- Die Bildungsteilnehmer schulen, den Schmerz bei den ihnen anvertrauten Patienten bewusster wahrzunehmen.
- Dazu beitragen, die Handlungskompetenzen im Umgang mit den Schmerzpatienten zu erweitern und nicht zuletzt somit die Qualitätssicherung in der Versorgung aller Schmerzpatienten sicherzustellen.
- Die Bildungsteilnehmer dazu befähigen, den Schmerzpatienten und seine Angehörigen zu informieren, zu schulen und zu beraten (Patientenedukation).

#### Verantwortlichkeit/Stundenumfang/Teilnehmerzahl/Qualitätssicherung

- Verantwortlichkeit: D. Patan
- Stundenumfang: 80 Unterrichtsstunden (beziehungsweise 40 Blöcke)
- Qualitätssicherung: durch eine bestehende Arbeitsgruppe aus dem Dozentenpool und durch regelmäßige Evaluationen während und nach der Fortbildung

#### Zertifizierung von Lernleistungen

Die folgenden Ausführungen sollen mein Vorhaben, diese Fortbildung "Schmerzmanagement für Gesundheitsberufe" mit einem vergleichenden Zertifikat (europäischer Rahmen) beenden zu lassen, unterstreichen.

In einem Europa, das durch einen raschen gesellschaftlichen, technologischen und wirtschaftlichen Wandel gekennzeichnet ist, ist lebenslanges Lernen zu einer Notwendigkeit geworden. Durch die alternde Bevölkerung werden diese Herausforderungen noch verschärft und der Bedarf einer kontinuierlichen Aktualisierung und Erneuerung der Kenntnisse, Fähigkeiten und (persönlichen und beruflichen) Kompetenzen verstärkt. Die Verwirklichung des lebenslangen Lernens wird jedoch durch die mangelnde Kommunikation und Kooperation zwischen den Anbietern von Bildung und Ausbildung und den Behörden auf verschiedenen Ebenen zu einer komplizierten Angelegenheit. Barrieren zwischen den Institutionen und Ländern verhindern nicht nur den Zugang zu Bildung und Ausbildung, sondern auch eine effiziente Nutzung der bereits erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen. Verursacht wird dieses Problem in erster Linie durch einen Mangel an Transparenz bei den Qualifikationen, durch eine geringe Neigung zur Anerkennung

„ausländischer“ Qualifikationen und durch fehlende Regelungen, die den Bürgern eine Übertragung ihrer Qualifikationen von einem Kontext in einen anderen ermöglichen würden. Die Tendenz, Lernen in nicht formalen und informellen Kontexten (zum Beispiel am Arbeitsplatz) im Vergleich zum Lernen im Hinblick auf den Erwerb formaler Qualifikationen in der Erstausbildung als geringerwertig zu betrachten, trägt ebenfalls zu der Problematik bei.

„Der Erfolg eines Europäischen Qualifikationsrahmens hängt von seiner Relevanz und Glaubwürdigkeit für Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen, Arbeitgeber, politische Entscheidungsträger und schließlich die einzelnen Lernenden ab. Insbesondere müssen die interessierten Parteien davon überzeugt werden, dass ein europäischer Meta-Rahmen erforderlich ist und – indirekt und direkt – zu lebenslangem Lernen beitragen kann.“

Ein EQF würde außerdem einen gemeinsamen Bezugspunkt für die Information und Orientierung im Bereich der Weiterentwicklung von Bildung, Aus- und Weiterbildung auf sektoraler Ebene darstellen (vgl. Arbeitsunterlage der Kommissionsstellen:

"Auf dem Weg zu einem Europäischen Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen", Brüssel 2005).

### **Acht auf die Lernergebnisse bezogene Niveaus**

Die Qualifikationen auf allen Ebenen eines möglichen EQF werden im Hinblick auf drei Arten von Lernergebnissen beschrieben:

- Kenntnisse
- Fähigkeiten und
- Kompetenzen im weiteren Sinne (persönliche und fachliche Kompetenzen)

Jedes EQF<sup>103</sup>-Niveau wird im Hinblick auf typische Lernergebnisse beschrieben, die mit Qualifikationen und Qualifikationsrahmen in ganz Europa in Verbindung gebracht werden können. Diese Lernergebnisse werden nicht mit Details spezifischer Qualifikationen verknüpft, da diese in die Verantwortung der nationalen und sektoralen Ebene fallen. Durch dieses Design des EQF kann jede nationale oder sektorale Qualifikation oder Qualifikationsebene von den nationalen und sektoralen Experten und zuständigen Stellen einem bestimmten EQF-Niveau zugeordnet werden.

Aus den genannten Gründen muss ein in unserem Bildungsunternehmen zu erwerbendes Zertifikat im Schmerzmanagement der Gesundheitsberufe, die

---

<sup>103</sup> (Englisch: **European Qualifications Framework, EQF**)-Europäischer Qualifikationsrahmen



Reichweite nach europäischen Richtlinien ausgerichtet sein. Falls nicht werden Chancengleichheiten vergeben. Die Bildungsteilnehmer haben kurz vor Beendigung dieses Kurriculums im mündlichen Assessmentverfahren Handlungskompetenzen zu zeigen. Danach erhalten sie ein ausgestelltes Zertifikat, welches ihnen Inhalte und Kompetenz (typische Lernergebnisse) bescheinigt. In Bearbeitung befindet sich der Prozess einer Abklärung, die Zertifikate angelehnt an die *Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes* (DGSS) auszustellen. Hiermit ergäben sich noch größere Chancen einer regionalen Anpassung für die Bildungsteilnehmer.

<b>1. Modul</b>	<b><u>Der Schmerz im Pflegehandeln</u></b>
Lernvoraussetzungen	Selbst- und Fremderfahrungen zu Schmerzen Entwicklung eigener Handlungsstrategien/Bewältigungsstrategien Erfahrungen im Umgang mit Schmerzpatienten Erfahrungen in der Projektarbeit
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer reflektieren ihr eigenes Handeln im Umgang mit dem Phänomen „Schmerz“, überprüfen dieses Handeln und können neue Ziele setzen. Die Bildungsteilnehmer entwickeln einen neuen persönlichen Standpunkt zum Wert: „Schmerzfreiheit“ und handeln als aktiver Part im Pflegeprozess
Inhalte	<p>Einführung, Übersicht und Orientierung zu den nun folgenden Modulen integrativer Lehrangebote, Erwartungen und Chancen</p> <p>philosophisch/kulturwissenschaftliche Betrachtungen zum Wert und Recht des Menschen auf Schmerzfreiheit und Wohlbefinden Begriff des Handelns/menschliche Handlungen gesellschaftliche Relevanz von Schmerzerkrankungen im Überblick (Sozioökonomie)</p> <p>Einflussfaktoren auf menschliches Handeln/ Schmerz als ein universeller Einflussfaktor des Handelns</p> <p>Behandlungsstrategien</p> <p>Rolle/Situation von Pflegenden bei der Betreuung von Schmerzpatienten</p> <p>Möglichkeiten – Pflegehandeln umzusetzen: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege/DNQP Die schmerzfreie Klinik-ein Ziel der Zukunft (Visionen)</p>
Lehr-/Lernaktivitäten	Vorlesung Seminare Impulsreferate Training
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 6 Stunden Präsenzseminar 6 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I. 5.3 I. 5.8 II.2.4
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Arbeitsblatt/Arbeitsauftrag zur Entstehung von Expertenstandards im DNQP (60 min)

<b>2. Modul</b>	<b><u>Der Umgang mit Schmerzpatienten in der Pflege</u></b>
Lernvoraussetzungen	Grundlagen der Kommunikationstechnik Erfahrungen im Umgang mit Schmerzpatienten Entwicklung eigener Handlungsstrategien
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer können pflegerische Handlungen im Umgang mit Schmerzpatienten reflektieren und Konflikte darstellen. Ihre Gesprächsführungskompetenz wird gestärkt. Sie können Empathie entwickeln. Somit werden sie verantwortungsvoller in komplizierten Situationen reagieren können und zur Konfliktlösung beitragen.
Inhalte	Die Rolle des Schmerzpatienten- Die Patientenperspektive  Die Rolle der Angehörigen- Die Angehörigenperspektive  Das Gespräch mit dem Schmerzpatienten  zentrale Begriffe wie: Coping, Compliance  Wahrheit oder Lüge  Konfliktmanagement
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminare Training
Assessment/ Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 4 Stunden Präsenzseminar 4 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I. 5.3
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	

<b>3. Modul</b>	<b><u>Der Schmerzpatient-Charakterisierungen</u></b>
Lernvoraussetzungen	Erfahrungen im Umgang mit Schmerzpatienten aller Altersgruppe
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer sind in der Lage, Differenzierungen zwischen den Patientengruppen wahrzunehmen. Sie richten ihre Pflegeinterventionen gezielt auf die Pflegeempfänger aus. Dazu haben sie Verständnis für subjektive Verhaltensweisen entwickelt.
Inhalte	Schmerzen im Kindesalter Schmerzen im Erwachsenenalter Schmerzen im betagten Alter Gender und Schmerz Kultur und Schmerz Handlungen ableiten
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminare Beobachtungen (LOP) Training/Rollenspiel
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 6 Stunden Präsenzseminar 6 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I. 5.3 II.2.5 III.1.3 }
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Arbeitsauftrag Beobachtungstraining (60 min)

<b>4. Modul</b>	<b><u>Den Schmerz erkennen, klassifizieren und verstehen</u></b>
Lernvoraussetzungen	Kenntnisse zu anatomisch/physiologischen Grundlagen der Schmerzentstehung
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer erwerben Kenntnisse zur Schmerzphysiologie/Schmerzpathologie, um Pflegeinterventionen bewusster reflektieren zu können.
Inhalte	Begriffsklärung: „Schmerz“ anatomisch/physiologische Grundlagen der Schmerzweiterleitung und Schmerzverarbeitung (Nozizeption) Gate Control Theorie Klassifizierung (akuter Schmerz, chronischer Schmerz) Schmerzarten pathophysiologische Grundlagen
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminare Training Fallanalyse Lehrfilm
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 8 Stunden Präsenzseminar 8 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I. 5.3
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Arbeitsauftrag zur Reizaufnahme/Reizleitung/Reizverarbeitung (90 Minuten)

<b>5. Modul</b>	<b><u>Schmerz wahrnehmen</u></b>
Lernvoraussetzungen	Schmerz kann in unterschiedlicher Qualität wahrgenommen werden, Schmerz wird bestimmten Erkrankungen zugeordnet
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer wenden in der Pflegepraxis gezielt ihr Wissen an, um Schmerzen zu identifizieren. Sie sind in der Lage, ihre Beobachtungen unmissverständlich zu beschreiben und adäquate Assessments gezielt einzusetzen.
Inhalte	Mimik, Gestik, Körperhaltung von Schmerzpatienten Anhaltspunkte zur Interpretation von Beobachtungen, insbesondere bei vulneablen Patientengruppen Beobachtungen zum Schmerzverhalten schulen Schmerzqualitäten wahrnehmen und unterscheiden können Schmerzqualitäten, bei wahrnehmungsgestörten Patienten Schmerzen diagnostizieren Schmerzverhalten beobachten Beobachtungen beschreiben Differenzieren von Schmerzqualitäten Algorithmus zur kriteriengeleiteten Beobachtung kennen lernen
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminar Training
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 4 Stunden Präsenzseminar 4 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I.4.9 I.5.6
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	verschiedene Beobachtungsstrukturen einprägen und trainieren (90min)

<b>6. Modul</b>	<b><u>Algometrie</u></b>
Lernvoraussetzungen	Schmerz wird als ist eine subjektive Größe angesehen, Schmerz als 5. Vitalzeichen wahrgenommen Verschiedenen Möglichkeiten der algosimetrischen Schmerzwahrnehmung in der Praxis wahrgenommen.
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer kennen standardisierte Verfahren der Algesiometrie und können sie anwenden. Sie sind wählen das entsprechende Assessmentinstrument gezielt aus und evaluieren deren Einsatz. Die Bildungsteilnehmer können Patienten zur Schmerzmessung anleiten.
Inhalte	Schmerzerhebung, Schmerzmessung, Schmerzdokumentation (Assessments: Lineale, Skalen, Fragebögen, Mc Gill Fragebogen, Tagebücher etc.) Algometrie bei vulnerablen Patientengruppen (Neugeborene, Kinder, demente Menschen und Menschen mit geistiger Behinderung) Prozedere zur Anleitung von Patienten
Lehr-/Lernaktivitäten	Workshop-Seminar Training
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 4 Stunden Präsenzseminar 4 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I. 5.3
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Erarbeitungen zu verschiedenen Assessments (90 Minuten)

<b>7. Modul</b>	<b><u>Psychologische Aspekte des Schmerzes</u></b>
Lernvoraussetzungen	Psychopathologische Symptome und die Reflexion von Begleiterscheinungen wurden in Praxi wahrgenommen Praktische Erfahrungen können am Fallbeispiel dargestellt werden.
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer erwerben Fachwissen zu psychopathologischen Symptomen des Schmerzes. Dabei unterscheiden sie den akuten und chronischen Verlauf. Sie kennen die systemischen Begleiterscheinungen von Schmerzkrankheiten und leiten bestimmte Pflegeinterventionen ab.
Inhalte	Der chronisch Kranke Mensch Kenntnisse über Chronifizierungsprozesse Kenntnisse über verschiedene Verarbeitungsmechanismen (kognitiv, affektiv) Angst, Depression, Sucht Kenntnisse über psychologische/ psychotherapeutische Behandlungsverfahren (progressive Relaxation nach Jakobson, autogenes Training, Biofeedback) Das multimodale Therapiekonzept
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminare Training am Fall
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 6 Stunden Präsenzseminar 6 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul  I.5.5
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Erarbeitungen/Recherchen zu multimodalen Therapiekonzepten (90 Minuten)



<b>8. Modul</b>	<b><u>nichtmedikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung in speziellen Pflegesituationen</u></b>
Lernvoraussetzungen	pflegerische Handlungsfelder praxisrelevant reflektieren können
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer entwickeln ihre Fachkompetenz durch spezielles, aktuelles Wissen zu verschiedenen nichtmedikamentösen Verfahren zur Schmerzlinderung. Ihnen wird bewusst, dass es sich um pflegetherapeutische Interventionen handelt. Sie handeln auf Grund dieser empirischer Ebene und geben ihr Wissen an Betroffene weiter.
Inhalte	Spezielle Lagerung Kälte und Wärme Naturheilverfahren Basale Stimulation® Ablenkung gezielte Gespräche Entspannungstechniken Atemtechniken Massage schmerzreduzierende Bewegungsabläufe TENS Physikalische Therapie
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminar Training skills
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 6 Stunden Präsenzseminar 6 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul I.5.3
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Arbeitsauftrag zu bestimmten Verfahren (zum Beispiel TENS, schmerzlindernde Bewegungsabläufe) (90 Minuten)

<b>9. Modul</b>	<b><u>medikamentöse Verfahren zur Schmerz- lindering, Tumorschmerztherapie</u></b>
Lernvoraussetzungen	Grundkenntnisse zur Anwendung der Arzneimittel (Applikationsarten, Medikamentengruppe)
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer können professionell die Schmerztherapie durch Fachwissen und Können mitgestalten. Sie sehen ihre Handlungskompetenzen im therapeutischen Team ein, erkennen Komplikationen und leiten gezielt Handlungen ab.
Inhalte	<p>Tumorschmerzen (Entstehung, tumorabhängig und tumorunabhängig, Beispiele)</p> <p>Wirkungsweise von Analgetika (auch in verschiedenen Lebensabschnitten: Kindesalter, Schwangerschaft/Stillzeit, betagtes Alter)</p> <p>WHO Stufenschema, BTM-Prozedere (Nichtopioidanalgetika, Opioidanalgetika, Nichtanalgetika)</p> <p>Verschiedene Applikationsarten (auch Lokalanästhetika, Calcitonin)</p> <p>Einnahmeschemen, sinnvolle Medikamentenkombinationen</p> <p>Pflege bei Opioidaufnahme</p> <p>Nebenwirkungen entgegenwirken</p> <p>Schmerzmittelmissbrauch</p>
Lehr- und Lernaktivitäten	<p>Seminar</p> <p>Fallbesprechung</p> <p>skills</p> <p>Lehrfilm</p>
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	<p>Gesamt 6 Stunden</p> <p>Präsenzseminar 6 Stunden</p>
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	<p>Basismodul</p> <p>I.4.3</p> <p>I.5.6</p>
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	Fallbesprechungen in der Gruppe (90 Minuten)

<b>10. Modul</b>	<b><u>Schmerzsyndrome/Schmerzkrankheiten</u> aus <u>neurologischer Sicht</u></b>
Lernvoraussetzungen	pflegerische Handlungsfelder praxisrelevant reflektieren können
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer entwickeln ihre Fachkompetenz durch spezielles, aktuelles Wissen zu verschiedenen Schmerzsyndromen und Schmerzkrankheiten. Die Bildungsteilnehmer erkennen durch Fachwissen und Können Schmerzvarianten und wenden adäquate Pflegeinterventionen an. Sie sehen ihre Handlungskompetenzen im therapeutischen Team ein, erkennen Komplikationen und leiten gezielt Handlungen ab.
Inhalte	Kopfschmerzsyndrom Gesichtsschmerz Neuropathische Schmerzsyndrome Komplexe regionale Schmerzsyndrome Schmerzsyndrome im HWS/LWS Bereich Zentrale Schmerzsyndrome multimodale Therapiekonzepte Therapievarianten (AM)
Lehr- und Lernaktivitäten	Vorlesung Seminar Fallanalyse
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 6 Stunden Präsenzseminar 6 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul  IV/8
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	(Aufgaben zur Anwendung adäquater Pflegeinterventionen)

<b>11. Modul</b>	<b><u>Schmerzmanagement im ambulanten Bereich</u></b>
Lernvoraussetzungen	pflegerische Handlungsfelder praxisrelevant reflektieren können
Kompetenzen	Sie lernen spezielle Situationen für Schmerztherapie im ambulanten Bereich kennen und begreifen sich als bedeutende Vermittler im Versorgungsprozess der Patienten. Dabei wird ihnen bewusst, dass die Zusammenarbeit mit den Menschen, die den Patienten umgeben enorm wichtig ist. (andere Berufsgruppen, Angehörige, etc.)
Inhalte	<p>Schmerzpatientengruppen im ambulanten Bereich</p> <p>Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Schmerzpatienten Überblick über die Qualifikation/die Inhalte/das Anliegen einer pflegerischen Palliativausbildung</p> <p>Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten</p> <p>Infusionspläne erstellen, PCA - Pumpen bedienen, Implikationen therapeutisch-technischer Innovationen bei häuslicher Infusionstherapie (Hospital at Home)</p> <p>Die Patientendokumentation in der ambulanten Pflege erstellen(Varianten)</p>
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	<p>Gesamt 2 Stunden</p> <p>Präsenzseminar 2 Stunden</p>
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	<p>Basismodul</p> <p>III.1.6</p>
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	

<b>12. Modul</b>	<b><u>Pflegetheorien/-modelle/Standards</u></b> <b><u>Orientierungshilfen für die Praxis</u></b>
Lernvoraussetzungen	Die Bildungsteilnehmer kennen verschiedene Auffassungen beruflichen Pflegens., (Pflegetheorien, Konzepte etc.) Grundlagen und praktische Relevanz der Pflegewissenschaft sind bekannt
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer reflektieren ihre eigenen pflegerischen Qualifikationen, überprüfen wissenschaftsgeleitetes Handeln und Zielstellungen im Pflegeprozess. Sie entwickeln ein berufliches Selbstverständnis und sind in der Lage, Erfordernisse zur Pflegeforschung zu erkennen.
Inhalte	Pflegetheorie von Hildegard Peplau (Pflegebeziehung, Beziehungsprozess, Pflegeprozess) Pflegetheorie nach Dorothea Orem (Hilfe zur Selbstpflege, Selbstpflegeerfordernisse, Selbstpflegefähigkeit) Forschungsprozess (Methode der Datensammlung evtl. am Bsp. Schmerzfragebogen Mc Gill)
Assessments/Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 4 Stunden Präsenzseminar 4 Stunden
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GUK	Basismodul  I.5.5
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	

<b>13. Modul</b>	<b><u>Schmerzmanagement im operativen Bereich</u></b>
Lernvoraussetzungen	Grundkenntnisse zur Anwendung der AM (Applikationsarten, Medikamentengruppe), Grundlagen der Wahrnehmung, Beobachtung, Grundlagen der Kommunikation Praktische Erfahrungen und Grundlagen zur Beratungs-/ Anleitungskompetenz
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer reflektieren ihre eigenen pflegerischen Qualifikationen, überprüfen wissenschaftsgeleitetes Handeln und Zielstellungen im Pflegeprozeß. Sie realisieren Anforderungen des Qualitätsmanagement. (Nationaler Expertenstandard) Die Bildungsteilnehmer können professionell die Diagnostik und Therapie durch Fachwissen und Können mitgestalten. Sie sehen ihre Handlungskompetenzen im therapeutischen Team ein, erkennen Komplikationen und leiten gezielt Handlungen für ein postoperatives Schmerzmanagement ab.
Inhalte	<u>Präoperative Schmerztherapie</u> Periphere Nervenblockaden Rückenmarksnahe Verfahren <u>Postoperative Schmerztherapie</u> Überwachung Organisation des Akutschmerzdienstes Chirurgische Möglichkeiten zur Schmerzreduktion Systemische Pharmakotherapie in der Chirurgie Nichtmedikamentöse Verfahren bei akuten Schmerzen <u>Schmerztherapie in der – Notfallambulanz/Intensivstation</u>
Lehr-/Lernaktivitäten	Seminare Demonstration Anleitung
Assessments /Aufgaben	erworbenes Wissen/Fertigkeiten werden im Abschlusstest berücksichtigt
Stundenumfang	Gesamt 4 Stunden Präsenzseminar 4 Stunden (LOP)
Modulorganisation Curricularer Bezug/2007/GuK	Basismodul  I.5.3 I.4.5
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	

<b>14. Modul</b> (Abschluss)	<b><u>Schmerz wahrnehmen, Schmerz diagnostizieren, Pflegehandeln ausrichten</u></b>
Lernvoraussetzungen	ergeben sich aus den hier vermittelten curriculare Inhalten und dem Theorie-Praxis-Transfer
Kompetenzen	Die Bildungsteilnehmer sind in der Lage an vorhandenen Fallsituationen Pflegeprobleme im Zusammenhang mit dem Phänomen Schmerz zu erkennen, Interventionen zu benennen und zu begründen und deren Nutzen zu evaluieren. Erforderliche Pflegehandlungen lassen Handlungsorientierung erkennen.
Inhalte	An konstruierte Fallsituationen, die im Bezug zum vermittelten Curriculum stehen, findet ein mündliches Assessment statt. Die Bildungsteilnehmer erleben skills und können somit praktische Fertigkeiten demonstrieren.
Assessments/Aufgaben	
Stundenumfang	Gesamt 6 Stunden Präsenzseminar 6Stunden
Selbstgesteuertes Lernen (SeGeL)	